



INHALT

Editorial	1
Jahresbericht des Präsidenten 2012	3
Protokoll der Mitglieder- versammlung 2012	5
Fachartikel «Bakteriämien»	8
Oral-B-Preis	12
Oral-B-Preis Fallvorstellungen	12
Liste Praktizierende Fachzahnärzte	22
Liste der Wissenschaftlichen Mitglieder	24
Liste der Ehrenmitglieder	24
Liste der Korrespondierenden Mitglieder	24
Neue Fachzahnärzte für Parodontologie	25
Neuigkeiten aus der EFP	28
Editorial	30
Rapport annuel du président	31
PV de l'assemblée générale 2012	33
Article « Les bactériémies »	36
Prix Oral-B	40
Prix Oral-B : Présentations clinique	40
Liste des membres spécialistes	22
Liste des membres scientifiques	24
Liste des membres d'honneur	24
Liste des membres correspondants	24
Nouveaux spécialistes en parodontologie	50
Nouvelles de l'EFP	53

Vorstand / Comité

Prof. Dr. Anton Sculean, Präsident, Bern
 Dr. Jean-Daniel Bessat, Vizepräsident, Lausanne
 Prof. Dr. Roland Weiger, Sekretär, Basel
 Dr. Hrvoje Jambrec, Kassier, Genf
 Dr. Frauke Berres, Bern
 Dr. Kathrin Lampe Bless, Umiken
 Dr. Christoph Rieder, Chur
 Dr. Dominik Hofer, Vertreter SSP bei der EFP

Nr. 1

Februar / Février 2013

EDITORIAL

Prophylaktische Gero-Parodontologie?

Neue demographische Daten zeigen eindeutig, dass sich die Altersstrukturen unserer Gesellschaft dramatisch ändern und in naher Zukunft immer mehr 70-, 80-jährige und sogar noch ältere Menschen, mehrheitlich noch voll- oder teilbezahnt, einen immer grösseren Teil der Patienten in unseren Privatpraxen und Kliniken ausmachen werden. Mit anderen Worten: Wir dürfen bei unserer Therapieplanung nicht aus den Augen verlieren, dass ein jetzt 40-jähriger oder jüngerer Parodontalpatient die Zähne oder Implantate noch 30, 40 Jahre oder sogar noch länger funktionsfähig halten muss. Neuste Langzeituntersuchungen zeigen auch, dass die Implantattherapie in Parodontitis Patienten mit einem höheren Risiko für die Entstehung von biologischen Komplikationen (d. h. von Periimplantitis) assoziiert ist, wobei diese Komplikationen am häufigsten bei Patienten ohne eine adäquate Langzeitnachsorge auftreten.

Auf der anderen Seite zeigt die wissenschaftliche Evidenz eindeutig, dass mit einer konsequent durchgeführten Parodontaltherapie und Erhaltungsphase der langfristige Erhalt von parodontal erkrankten Zähnen möglich ist, sogar über einen Zeitraum von 30 Jahren. Sogar Zähne mit einem massiv zerstörten Parodont konnten mit verschiedenen regenerativen Massnahmen erfolgreich therapiert und über mehr als 5 bis 10 Jahre stabil gehalten werden.

Nicht zu übersehen sind die immer stärkeren Assoziationen zwischen Parodontitis und verschiedenen chronischen Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus, Atherosklerose, rheumatoide Arthritis. Neue Erkenntnisse liefern auch den

Hinweis, dass orale Entzündungen, beispielsweise die Parodontitis, die Entstehung maligner Tumore in der Mundhöhle beeinflussen können. Weiterhin wird immer häufiger die Auswirkung der Ernährung, d. h. einer pro-inflammatorischen Diät auf die parodontale Gesundheit diskutiert; die Ernährungsberatung spielt somit eine immer wichtigere Rolle bei einer erfolgreichen Parodontaltherapie.

Für die zahnärztliche Praxis der Zukunft bedeutet dies einen noch stärkeren Ausbau der Langzeitbetreuung und eine noch engere Kooperation mit den Dentalhygienikerinnen und den Medizinerkollegen. Nur so werden wir im Stande sein, durch parodontologische Prophylaxe, und gegebenenfalls Therapie, den langfristigen Erhalt der Zähne und Implantate zu sichern und sogar Schäden, die den allgemeinen Gesundheitszustand unserer Patienten betreffen, vorzubeugen.

Deshalb bin ich davon überzeugt, dass die prophylaktische Gero-Parodontologie in nicht allzu ferner Zeit einen wichtigen Teil unserer Praxistätigkeit umfassen wird.

Prof. Dr. med. dent., Dr. h.c. Anton Sculean,
M.S., Bern
Präsident SSP seit 2012

JAHRESBERICHT DES PRÄSIDENTEN SSP 2012

Die Ausarbeitung der neuen Broschüre in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Herzstiftung konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Sie haben diese mit dem letzten «ssp aktuell» erhalten. Seit der Lancierung im Frühling 2012 wurden bereits 4000 Stück abgegeben, alleine durch die Vertriebskanäle der Herzstiftung. Das Prüfverfahren für den entsprechenden Videoclip hat sich seitens der Firma Pfizer etwas verzögert. Geplant sind zudem eine detaillierte Literaturübersicht für die Ärzteschaft, sowie eine einfache und illustrierte Kurzpräsentation, analog derjenigen für die Publikumsvorträge der Implantatstiftung ISS, die unsere Mitglieder, allen voran unsere Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte, in ihrem medizinischen Kollegenkreis präsentieren können. Hier zählen wir auf das Engagement aller Mitglieder der SSP im Sinne einer fundierten Aufklärung unserer Medizinerkollegen über die oralmedizinischen Zusammenhänge. Damit kann auch unseren betroffenen Patienten geholfen werden.

Passend zu unserem Schwerpunkt Orale Medizin organisiert Andrea Mombelli am 12. Oktober 2012 zusammen mit der Firma Sunstar ein internationales Diabetes-Symposium an dem alle SSP-Mitglieder kostenlos teilnehmen können.

Am 5. November 2011 hat die SSP in Solothurn einen tätigen Fortbildungskurs mit dem Thema «Where Science meets Clinics» durchgeführt. Andrea Mombelli und unser korrespondierendes Mitglied Denis Kinane haben ein sehr interessantes und anspruchsvolles Programm zusammengestellt. Ein gleichzeitig erschienenen Buch mit dem Kurs entsprechenden Themen konnte den Besuchern in Zusammenarbeit mit dem Verlag Karger in Basel kostenlos abgegeben werden. Aus dieser Veranstaltung ergab sich für die SSP ein kleiner Gewinn.

Zusammen mit Cornelia Jäggi, der Präsidentin der Swiss Dental Hygienists, Christoph Ramseier von der Klinik für Parodontologie in Bern und Hans-Caspar Hirzel habe ich im Schnellzugstempo einen eintä-

gigen Fortbildungskurs für Dentalhygienikerinnen organisiert. Wir haben sehr vorsichtig mit 60 – 80 Teilnehmenden gerechnet und seitens der Logistik und des Caterings bewusst eine einfachere Variante gewählt. Wir waren freudig überrascht, dass wir in Olten 240 Teilnehmerinnen begrüssen durften und noch nie so gut gegessen haben. Auch finanziell durften beide Gesellschaften sich am Gesamtgewinn von CHF 12'000 erfreuen.

Zusammen mit dem EFP-Delegierten Patrick Brochut habe ich die General Assembly der EFP in Helsinki besucht. Interessant zu hören war vor allem die Bestrebungen der EFP-Mitglieder die sogenannte Zweidrittelregel aufzuweichen. Wenn zwei Drittel der EU-Staaten national anerkannte Parospezialisten ausbilden, müssten diese in der ganzen EU und wegen den bilateralen Verträgen auch in der Schweiz anerkannt werden. Neu wäre die Quote bei einem Drittel der EU-Staaten. Die SSP verhält sich hier mucksmäuschenstill. Die SSO wird sich in nächster Zeit mit diesem Thema ebenfalls befassen. Aber wir dürfen uns keine Illusionen machen. Irgendwann einmal wird es soweit kommen, dass wir ein deutlich strengeres Weiterbildungsreglement haben als alle anderen und wir um unsere inländischen Kollegen nicht zu diskriminieren und den eigenen Nachwuchs in der Schweiz nicht zu behindern, dieses Reglement demjenigen der EFP anzugleichen haben.

Das EuroPerio7 in Wien war aus Sicht der SSP und der EFP ein grandioser Erfolg. Die Rekordbeteiligung von 428 Teilnehmern aus der Schweiz sind ein schönes Zeichen für ein tolles Kongressprogramm und die perfekte Organisation. Die Firma Mondial, die in Zukunft das EuroPerio organisieren wird, hat alle seine Hausaufgaben mit Bravour gemacht und sehr viel verbessert im Vergleich zum EuroPerio6 in Stockholm. Persönlich bin ich sehr zufrieden, dass sich meine Tätigkeit als Ambassador der Schweiz gelohnt hat. Die Schweiz war auch seitens der Referenten bestens vertreten. Das nächste EuroPerio findet vom 3. bis 6. Juni 2015 in London statt.

Die Implantatstiftung Schweiz hat ihre zweite Dreijahresperiode erfolgreich abgeschlossen. Die vier Publikumsanlässe in den grossen Städten waren sehr gut besucht. In den Fernsehsendungen konnten verschiedene Themen aufgegriffen werden. Diese Sendungen sind nun in einer Mediathek allen zugänglich und können auch für die Patienteninstruktion verwendet werden. Auch hier konnte die SSP ihre Botschaft effizient vermitteln. Die zweite national ausgestrahlte Sendung hat sogar das Hauptthema Parodontitis und Mundhygiene. Wir haben im Rahmen der ISS auch für unsere Anliegen eine wichtige Plattform erhalten. Die SSP selbst hat nicht die finanziellen Möglichkeiten, eine solche Kampagne mit dieser Breitenwirkung selber durchzuführen. Die ISS soll nun während einer dritten Dreijahresperiode mit kleinerem Budget weitergeführt werden. Die SSP ist nach wie vor sehr an dieser Zusammenarbeit mit den anderen Fachgesellschaften interessiert.

Zu guter Letzt möchte ich die Gelegenheit nutzen, all meinen früheren und jetzigen Mitgliedern des

Vorstandes und der Weiterbildungskommission, sowie den Herren Dulio und Hirzel herzlich für ihre Unterstützung während meiner Zeit als Präsident der SSP zu danken. Es waren vier eindrückliche und tolle Jahre und es hat Spass gemacht. Soviel Spass, dass ich es mir in meinen Editorials nicht verkneifen konnte, über alles Mögliche herzuziehen und Sie vielleicht auch ab und zu zum Schmunzeln zu bringen. Ich überlasse das Ruder mit einem weinenden und einem lachenden Auge meinem Nachfolger und wünsche ihm nur das Beste, viele Ideen und gutes Gelingen. Ihnen, liebe Mitglieder danke ich für die Treue gegenüber der SSP und unseren Idealen. Bewahren Sie bitte das Glühen in Ihren Augen, den Perio-glow.

Alles Gute, bleiben Sie und Ihre Familie gesund und Danke!

Dr. Dominik Hofer
Präsident SSP 2008 – 2012

PROTOKOLL DER MITGLIEDERVERSAMMLUNG DER SCHWEIZERISCHEN GESELLSCHAFT FÜR PARODONTOLOGIE

Freitag, 07. September 2012, Beginn: 12:50 Uhr im Kursaal Bern

Der Präsident eröffnet die Sitzung und begrüsst die Mitglieder. Es sind insgesamt 68 stimmberechtigte Mitglieder anwesend, sodass die Versammlung beschlussfähig ist.

Zu Ehren der verstorbenen vier Mitglieder erfolgt eine Gedenkminute.

1. Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung vom 1. September 2011

Das Protokoll wird ohne Änderung einstimmig genehmigt.

2. Jahresbericht des Präsidenten, Genehmigung des Berichts

Der Präsident verliest seinen Jahresbericht: Er weist auf die neue Broschüre (in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Herzstiftung) hin. Seit der Lancierung im Frühling 2012 wurden bereits 4'000 Exemplare abgegeben. Die Bereitstellung des entsprechenden Videoclips hat sich seitens der Firma Pfizer etwas verzögert. Geplant sind zudem eine detaillierte Literaturübersicht für die Ärzteschaft sowie eine einfache und illustrierte Kurzpräsentation, welche die Mitglieder, allen voran die Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte, ihrem medizinischen Kollegenkreis präsentieren können.

Passend zum Schwerpunkt «Orale Medizin» wird am 12. Oktober 2012 ein internationales Diabetes-Symposium in Genf stattfinden, an welchem alle SSP-Mitglieder kostenlos teilnehmen können.

Am 5. November 2011 hat die SSP in Solothurn einen erfolgreichen eintägigen Fortbildungskurs mit dem Thema «Where Science Meet Clinics» durchgeführt. In Olten wurde gemeinsam mit Cornelia Jäggi, der Präsidentin der Swiss Dental Hygienists, Christoph Ramseier und Hans-Caspar Hirzel ein eintägiger Fortbildungskurs für Dentalhygienikerinnen organisiert. Mit 240 Teilnehmerinnen wurden die Erwartungen übertroffen. Beide

Gesellschaften erfreuten sich an einem Gesamtgewinn von CHF 12'000.

Der Präsident besuchte mit dem EFP-Delegierten Patrick Brochut die Generalversammlung der EFP in Helsinki. Es bestehen Bestrebungen der EFP-Mitglieder, die sogenannte Zweidrittelregel aufzuweichen. Diese besagt, dass – sofern zwei Drittel der EU-Staaten national anerkannte Parospezialisten ausbilden – diese dann nicht nur in der ganzen EU, sondern auch in der Schweiz aufgrund der bilateralen Verträge anerkannt werden müssen. Zur Diskussion steht eine Quote von einem Drittel der EU-Staaten. Die Folge wäre, dass das bisher im Vergleich deutlich strengere Weiterbildungsreglement der SSP dem Reglement der EFP angeglichen werden müsste, um die inländischen Kollegen nicht zu diskriminieren und den eigenen Nachwuchs in der Schweiz nicht zu behindern.

EuroPerio7 in Wien war aus Sicht der SSP und der EFP ein grosser Erfolg. Die Rekordbeteiligung von 428 Teilnehmern aus der Schweiz spricht für sich. Auch war die Schweiz auf Referentenseite bestens vertreten. Das nächste EuroPerio findet vom 03. bis 06. Juni 2015 in London statt.

Die Implantatstiftung Schweiz hat ihre zweite Dreijahresperiode erfolgreich abgeschlossen. Die vier Publikumsanlässe in den grossen Städten waren sehr gut besucht. In den Fernsehsendungen konnten verschiedene Themen aufgegriffen werden. Die zweite national ausgestrahlte Sendung wird sich sogar dem Hauptthema Parodontitis und Mundhygiene widmen. Die ISS soll nun während einer dritten Dreijahresperiode mit kleinerem Budget weitergeführt werden. Die SSP ist nach wie vor sehr an dieser Zusammenarbeit mit den anderen Fachgesellschaften interessiert.

Zu guter Letzt bedankt sich der Präsident bei allen früheren und jetzigen Mitgliedern des Vorstan-

des und der Weiterbildungskommission sowie bei den Herren Dulio und Hirzel herzlich für ihre Unterstützung während seiner Zeit als Präsident der SSP.

Der Präsident wird mit grossem Applaus verabschiedet; sein Jahresbericht wird per akklamatorischem genehmigt.

3. Jahresrechnung, Bericht des Quästors (2011/2012)

Der Kassier legt die Rechnung für den Zeitraum vom 01.07.2011 bis zum 30.06.2012 vor und fasst die einzelnen Punkte zusammen. Einnahmen von etwa CHF 172'000 stehen Ausgaben von CHF 201'000 gegenüber. Das Rechnungsjahr schliesst dem entsprechend mit einem Minus von CHF -29'224. Dieser Betrag liegt unter dem ausgewiesenen Budget von CHF -11'900. Ein wesentlicher Grund sind die geringer als erwartet ausgefallenen Einnahmen aus den vergangenen Kongressen (ISS Bern, Olten und Solothurn). Das Vermögen der Gesellschaft beträgt zum 30.06.2012 deutlich über CHF 900'000.

4. Bericht der Rechnungsrevisionsstelle, Entlastung des Quästors und des Vorstands

Der Revisionsbericht wurde vom Treuhandbüro Bürcher in Brig erstellt und vom Vizepräsidenten Jean-Daniel Bessat verlesen. Aufgrund der Empfehlung der Treuhänder genehmigt die Mitgliederversammlung die Jahresrechnung einstimmig und erteilt dem Kassier sowie dem Vorstand Decharge.

5. Genehmigung des Budget 2012/2013

Der Kassier erläutert das Budget 2012/2013. Dieses stellt sich nahezu ausgeglichen dar. Auf der Ertragsseite werden CHF 200'000, auf der Aufwandseite CHF 195'000 budgetiert. Das Budget wird von der GV einstimmig gut geheissen.

6. Berichte der Kommissionen, Genehmigung derselben

Weiterbildungskommission: Der Präsident der WBK Prof. Gianni Salvi verliest seinen Bericht.

Die WBK hat einen Antrag vom 30. Mai 2012 auf Aufnahme der Programmleiter der Universitäten Basel und Zürich zur Kenntnis genommen. Die WBK hat ihrerseits dem Vorstand Antrag gestellt. Der hierzu erfolgte Vorstandsbeschluss vom 5. September sieht folgendes vor:

1. Die Mitgliederzahl der WBK wird von 6 auf 8 erhöht, d.h. auch die Programmleiter der Universitäten Basel und Zürich haben Einsitz in der WBK.
2. Künftige Kommissionsmitglieder müssen Fachzahnärzte für Parodontologie oder Programmleiter sein.
3. Die vier Programmleiter (ZH, BE, BS, GE) sind nicht ständige Mitglieder der WBK. Es gelten die Bestimmungen des SSP Reglements.

Bis zum 1. März 2012 haben insgesamt 5 Kolleginnen und Kollegen ihre Kandidaturen für die Fachzahnarztprüfung eingereicht. Die eingereichten Falldokumentationen erfüllten die regulatorischen Anforderungen.

Nach der Sitzung der Weiterbildungskommission vom 11. Juni wurde ihnen die Zulassung zur Abschlussprüfung erteilt. Am 5. September haben Frau Dr. Regina Alessandri Bieri, Bern, Herr Dr. Fabien Décaillet, Genf, Frau Dr. Petra Hofmänner, Bern, Fr. Dr. Dorothee Schär, Bern und Herr Dr. Philipp Wick, Genf, ihre mündliche Abschlussprüfungen erfolgreich bestanden. Für sie wird der Antrag auf Nomination zum Fachzahnarzt/-ärztin für Parodontologie gestellt.

Der Präsident der WBK bedankt sich beim abtretenden Präsidenten der SSP für die angenehme und konstruktive Zusammenarbeit und wünscht gleichzeitig dem neuen Präsidenten einen guten Start. Ebenso bedankt sich G. Salvi bei den Kommissionsmitgliedern für die tatkräftige Unterstützung.

Der Bericht wird einstimmig gut geheissen.

EFP: Der EFP-Delegierte P. Brochut verweist auf den Bericht des Präsidenten (Punkt 2). Darüber hinaus gibt es keine essentiellen neuen Aspekte. Der Präsident verabschiedet P. Brochut und dankt ihm für seine langjährigen Dienste als EFP-

Delegierter. Als Nachfolger hat der Vorstand den scheidenden Präsidenten D. Hofer bestimmt.

7. Wahlen und Wiederwahlen

Die Amtsperiode des Präsidenten D. Hofer endet mit dieser Sitzung. Der Vorstand schlägt als Nachfolger A. Sculean, Direktor der Klinik für Parodontologie der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern, vor. Er wird einstimmig gewählt; A. Sculean nimmt die Wahl an und bedankt sich für das ausgesprochene Vertrauen.

D. Hofer verabschiedet das Vorstandsmitglied Dr. Marcel Iff und bedankt sich bei ihm für seinen grossen Einsatz. Der Vorstand schlägt als Nachfolger Herr Dr. Christoph Rieder, der sein Studium in Basel absolvierte und eine Praxis in Chur führt, vor. Auch er wird einstimmig per Akklamation gewählt; er nimmt die Wahl an.

H. Jambrec, Genf, wird einstimmig für ein weiteres Jahr als Kassier bestätigt. Ebenso wird R. Weiger für ein weiteres Jahr in seiner Funktion als Sekretär einstimmig bestätigt.

8. Mitglieder

Die Aufnahmegesuche von 17 Kolleginnen werden einstimmig angenommen. Vierzehn Mitglieder sind ausgetreten; 4 Mitglieder sind verstorben: Bernhard Gerber, Ostermundigen; Rupert Hug, Nussbaumen; Hermann Rabner, Zürich; Ehrenmitglied Prof. Hubert E. Schroeder, Opfikon.

9. Ernennungen und Ehrungen

Es liegen keine Ernennungen resp. Ehrungen vor.

10. Anträge der Mitglieder und des Vorstandes

Es liegt der Antrag vor R. Weiger und A. Sculean zur Unterstützung und weiteren Förderung parodontologischer Forschungsprojekte an den 4 Universitätszahnkliniken vor. Laut Antrag soll jeweils ein Betrag von CHF 20'000 dem jeweiligen Programmleiter zugesprochen werden. Der Vorstand hat den Antrag bereits begrüsst und gut geheissen. Dem Antrag wird mehrheitlich mit 2 Gegenstimmen und 3 Enthaltungen stattgegeben.

Die Implantatstiftung setzt ihre Arbeit in einem etwas geringeren Umfang fort, wobei etwa 90 % der Unkosten von der Industrie getragen werden. Es wird der Antrag gestellt, dass die SSP sich für die nächste Dreijahresperiode mit einem jährlichen Betrag von CHF 25'000 beteiligt. Dem Antrag wird einstimmig stattgegeben. A. Mombelli als Vertreter der SSP wird weiterhin im Stiftungsrat Mitglied sein. Überschüssige Einnahmen aus den ISS-Kongressen fliessen anteilig an die SSP zurück.

12. Ort und Datum der 43. Jahrestagung 2013

Die 43. Jahrestagung der SSP findet neu von Donnerstag, 05.09.2013 bis Freitag, 06.09.2013, jeweils den ganzen Tag, in Fribourg statt.

13. Varia

A. Mombelli verweist nochmals auf das internationale und interdisziplinäre Diabetes-Symposium am 12. Oktober 2012 in Genf hin. Alle SSP-Mitglieder können kostenlos teilnehmen.

Die Versammlung schliesst um 13:35 Uhr.

Bern, 07. September 2012

Roland Weiger
 Sekretär SSP

BAKTERIÄMIEN BEI DER BEHANDLUNG VON PARODONTITISPATIENTEN

Philipp Sahrman & Patrick R. Schmidlin, Universität Zürich

Bakteriämien sind definiert als Einschwemmungen oder Versprengungen von Bakterien in den Blutkreislauf, wie sie im Zuge der Parodontaltherapie regelmässig auftreten. Bei einem gesunden Immunsystem und unter physiologischen Verhältnissen haben die Bakterien keine Möglichkeiten, sich im Blutstrom oder in den Organen zu etablieren, sondern werden innerhalb kurzer Zeit durch das retikulohistiozytäre System und immunkompetente Zellen eliminiert^[1]. Bei besonders gefährdeten Patienten besteht allerdings neben dem Risiko einer Sepsis die Gefahr der bakteriellen Besiedlung und Entzündung von Implantat- oder Transplantatoberflächen^[2]. Solche Komplikationen stellen prinzipiell lebensbedrohliche Zustände dar und erfordern die Entfernung der entsprechenden Gewebe oder Materialien. Im Rahmen der Parodontitistherapie sind zudem mit *Aggregatibacter actinomycetem-comitans* und *Eikenella corrodens* Pathogene am entzündlichen Geschehen beteiligt, die als Vertreter der HACEK-Gruppe eine Schlüsselrolle bei der Entstehung der infektiösen Endokarditis einnehmen^[3]. Ausserdem kommt *Porphyromonas gingivalis* eine wichtige Rolle bei der Entstehung der entzündlichen Artherosklerose der Carotis zu^[4,5]. Somit sind auch Patienten, die nicht zu den klassischen Risikogruppen gerechnet werden, von den Folgen parodontaler Bakteriämien betroffen.

Dem gezielten und effektiven Schutz von Patienten mit einem erhöhten Risiko kommt in der parodontologischen Praxis eine wichtige Bedeutung zu, welche die Abfolge der therapeutischen Schritte mitbeeinflusst.

Ursachen für Bakteriämien oralen Ursprungs

Das marginale Parodont stellt durch seine starke Perfusion in unmittelbarer Nähe der oralen Bakterienflora generell und dem der Zahnoberfläche auflagernden Biofilm im Speziellen einen *locus minoris resistentiae* für den Eintritt von Bakterien in den Or-

ganismus dar. Im Bereich des entzündeten sulkulären Gewebes werden im Zuge der physiologischen Immunantwort die Kapillaren nicht nur durchlässiger für den gezielten Durchtritt immunkompetenter körpereigener Zellen wie Makrophagen und Plasmazellen, sondern auch generell sehr viel verletzlicher durch Traumen, wie sie bei der zahnärztlichen Behandlung fortwährend auftreten. Sobald die Integrität der Gefässe gestört wird und eine Blutung auftritt, werden auf umgekehrtem Wege auch Bakterien über Venolen abtransportiert und gelangen in den zentralen Blutstrom^[6].

Bakteriämien können also bei jedem zahnärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsschritt auftreten, bei dem es zu Blutungen kommt, und somit beispielsweise bereits während des ersten Termins bei der Aufnahme der Parodontalen Grunduntersuchung (PGU). In viel grösserem Umfang findet eine Gewebsverletzung allerdings im Rahmen von Extraktionen und der Reinigung subgingival gelegener Wurzeloberflächen statt: Bei Patienten mit einer schweren Parodontitis wird mit einer Gesamtwundfläche von bis zu 20 cm²^[7] gerechnet. Bei der intensiven mechanischen Reinigung der subgingivalen, dem entzündlichen parodontalen Weichgewebe direkt anliegenden Zahnoberflächen mit teilweise scharfem Instrumentarium ist eine iatrogene Einschwemmung von pathologisch relevanten Keimen aus dem Biofilm unvermeidbar^[8,9].

Wichtig ist, dass Bakteriämien bei Parodontitispatienten nicht nur iatrogen hervorgerufen werden: Auch durch ganz alltägliche Mundhygienemassnahmen wie Zähnebürsten und durch Zahnseide sowie bereits durch Kauen werden regelmässig Bakteriämien ausgelöst^[10]. Da das Ausmass und die Zusammensetzung dieser Bakteriämien stark von Alter und Menge der vorhandenen Plaque abhängen, stellt eine Zahnputzkarenz selbstverständlich keine sinn-

<p>Risikopatienten für Endokarditis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patienten mit Klappenersatz 2. Patienten nach durchlittener Endokarditis 3. Patienten mit Herzvitien 4. Patienten nach Herztransplantation mit einer neu aufgetretenen Valvulopathie 	<p>Richtlinie der Schweizer Herzstiftung <i>1 Std. vor Eingriff:</i></p> <p>Amoxicillin 2 g per os bzw. Cefuroxim-Axetil 1 g per os oder Clindamycin 600 mg per os</p>
<p>Risikopatienten für Protheseninfektionen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implantation einer Gelenkprothese innerhalb der letzten 12 Monate 2. Rheumatoide Arthritis unter Immunsuppression oder in Kombination mit weiteren Risikoen wie Diabetes mellitus, vorgängige Notwendigkeit des Prothesenaustausches ... 3. Hämophilie 	<p>Im Ermessen des Behandlers <i>(in Absprache mit dem Internisten)</i> <i>1 Std. vor Eingriff</i></p> <p>Amox/Clav (Augmentin®) 2 g per os bzw. Clindamycin 600 mg p.o.</p> <p><i>und</i></p> <p>4 Std. nach Eingriff Amox/Clav (Augmentin®) 1 g p.o. bzw. Clindamycin 600 mg p.o.</p>

Tab. 1
Empfehlungen zur antibiotischen Prophylaxe entzündlicher Folgeerkrankungen von durch zahnärztliche Eingriffe ausgelösten Bakteriämien

Nach: [15,22]

volle Bakteriämieprophylaxe dar^[11]. Im Gegenteil ist eine rasche Beseitigung der Pathologie im Sinne einer effektiven Gingivitis- und Parodontitisbehandlung oberstes Primat^[22].

Hochrisikopatienten

Transiente Bakteriämien stellen für den gesunden Organismus keine Gefahr dar. Ungefähr 3 –5 Minuten nach der bakteriellen Versprengung lässt sich im zentralen Blutstrom ein Maximum vitaler, zirkulierender Bakterien feststellen. Bereits Minuten später ist die Bakterienzahl stark abgesunken und nach spätestens einer Stunde sind keine vitalen Bakterien mehr nachweisbar^[6, 12]. Die Effekt der in der zahnärztlichen Praxen iatrogen verursachten Bakteriämien auf die Allgemeingesundheit und das Risiko für chronisch entzündliche Erkrankungen des Gefässsystems und des Herzens wird prinzipiell als sehr gering eingeschätzt^[13], ist aber nicht zuletzt aus forensischen Gründen relevant. Völlig anders ist die Situation jedoch bei Patienten mit Herzerkrankungen, durch die das kardiale Strömungsverhalten verändert ist und bei Patienten mit Herzklappenersatz: Bakterien können in Zonen geringerer Fließgeschwindigkeit oder auf dem amorphen Gewebe körperfremder Klappenimplantate adhären, proliferieren und eine Entzündung im Bereich der Herz-

muskulatur (Endokarditis) auslösen. Als besonders gefährdet gelten auch Patienten, die vormalig bereits an einer Endokarditis erkrankt waren oder bei denen nach einer Herztransplantation eine Fehlfunktion der Klappen auftritt (Tab. 1). Eine nach einer Organtransplantation notwendige medikamentöse Immunsuppression sowie vorhandene Endoprothesen galten über Jahrzehnte ebenfalls als Indikation für spezielle Schutzmassnahmen. Die American Heart Association hat sich mit ihren revidierten Richtlinien von 2008 aufgrund neugewonnener klinischer Evidenz^[14]



Fig. 1
Nach jeder zur Blutung führenden Manipulation der Gingiva kann eine Bakteriämie auftreten, die sich Minuten später im dem zentralen Blutstrom nachweisen lässt: Aus Blutproben extrahierte vitale Keime unter Laborbedingungen anzücht- und differenzierbar.

> BAKTERIÄMIEN BEI DER BEHANDLUNG VON PARODONTITISPATIENTEN

		Wasser	PVP-Jod
Hautkeime	Koagulase-negative Staphylokokken	••	•
	<i>Propionibacterium</i> sp.	•	••••
Oralpathogene	<i>Porphyromonas gingivalis</i>	•	
	<i>Fusobacterium nucleatum</i>	•	
	<i>Fusobacterium</i> sp.	•	
	<i>Prevotella intermedia</i>	•	
	<i>Prevotella</i> sp.	•	
	<i>Peptostreptococcus micros</i>	••	
	<i>Peptostreptococcus</i> sp.	••	
	<i>Actinomyces odontolyticus</i>	••	
	<i>Actinomyces</i> sp.	•	•
	Viridans-Streptokokken	•	
	<i>Streptococcus anginosus</i>	•	
	Gram-positive Sporenbildner	•	

Tab. 2

Nach: [15,22]

Im zentralen Blutstrom nachgewiesene Keime 3 Minuten nach mechanischer Wurzelreinigung nach vorheriger Spülung durch Wasser (Kontrollgruppe) oder PVP-Jod (10%). Grau unterlegt sind Keime dargestellt, die klassische Keime der Aussenhaut darstellen und die Probe vermutlich während der Entnahme kontaminiert haben

gegen eine generelle medikamentöse Sonderbehandlung eines Grossteils dieser Patientengruppen gewandt^[15]. Eine von kritischen Kreisen befürchteter Anstieg von entzündlichen Endokarditiden nach dieser Lockerung der Richtlinien konnte bislang nicht beobachtet werden^[16].

Vorbeugung von Bakteriämien

Nach den heute geltenden Richtlinien^[15] sind es lediglich Patienten mit hohem *kardiovaskulärem* Risiko, bei denen prinzipiell zu besonderen Schutzmassnahmen im Sinne einer oralen Gabe von Aminopenicillin geraten wird (Tab. 1). Dadurch sollen bereits in den Blutkreislauf gelangte Bakterien abgetötet und eine Proliferation effektiv unterbunden werden. Die antibiotische Therapie birgt allerdings relevante Schwächen und Risiken: Einerseits steigt prinzipiell durch die Anzahl der Antibiotikagaben das Risiko bakterieller Resistenzbildung. Andererseits darf die Gefahr eines anaphylaktischen Schockes

durch eine Allergie – oder Allergisierung – nicht unterschätzt werden^[17,18]. Ausserdem wird das Auftreten der Bakteriämie *per se* durch diese Therapie in keiner Weise beeinflusst: Vitale Mikroorganismen gelangen zunächst ungehindert in den Körper und führen neben dem Risiko einer Infektion zu einem raschen Anstieg von Entzündungsparametern, die in der Hauptsache durch die in den Membranen der zumeist gram-negativen Keime vorkommenden Lipopolysaccharide hervorgerufen wird. Zudem wurde nachgewiesen, dass es mittels antibiotischer Therapie keineswegs zu einer sicheren und kompletten Elimination der Bakteriämien kommt^[19].

Schon in den 90er Jahren wurde teilweise empfohlen, vor Eingriffen am Parodont die Taschen mit PVP-Jod zu spülen, auch wenn die AHA aufgrund schwacher Datenlage davon abriet^[20]. PVP-Jod ist ein Antiseptikum mit extrem breitem Wirkspektrum ohne Risiken der Resistenzbildung. Durch eine Spülung könnte die Anzahl der Keime effektiv absinken, noch bevor die mechanische Therapie beginnt und es überhaupt zu einer Versprengung der Mikroorganismen kommen kann.

An der Universität Zürich untersuchen wir derzeit in Zusammenarbeit mit dem Institut für Mikrobiologie, in welchem Masse dieser einfache therapeutische Mehraufwand das Auftreten von Bakteriämien im Zuge der parodontalen Initialtherapie quantitativ und qualitativ vermindern kann. Ergebnisse aus bisher durchgeführten Vorversuchen sind – in Übereinstimmung mit Ergebnissen aus Studien an Gingivitispatienten^[21] – äusserst vielversprechend (Tab. 2), bedürfen aber noch der Verifizierung durch die laufende Studie.

Referenzliste:

- [1] Wood WBJ, Smith MR, Berry JW Perry WD. Studies on the cellular immunology of acute bacteremia. *Trans Assoc Am Physicians* 1951;64:155-9
- [2] Tornero E, Garcia-Oltra E, Garcia-Ramiro S et al. Prosthetic joint infections due to *Staphylococcus aureus* and coagulase-negative staphylococci. *Int J Artif Organs* 2012;0
- [3] Lampe AS, Schroijen MA Smith SJ. [Endocarditis due to *Aggregatibacter* (formerly: *Actinobacillus*) *actinomycetemcomitans*, a bacterium that grows in characteristic star-shaped colonies]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:827-30
- [4] Yakob M, Soder B, Meurman JH, Jogestrand T, Nowak J Soder PO. *Prevotella nigrescens* and *Porphyromonas gingivalis* are associated with signs of carotid atherosclerosis in subjects with and without periodontitis. *J Periodontol Res* 2011;46:749-55
- [5] Hayashi C, Viereck J, Hua N et al. *Porphyromonas gingivalis* accelerates inflammatory atherosclerosis in the innominate artery of ApoE deficient mice. *Atherosclerosis* 2011;215:52-9
- [6] Parahitiyawa NB, Jin LJ, Leung WK, Yam WC Samaranayake LP. Microbiology of odontogenic bacteremia: beyond endocarditis. *Clin Microbiol Rev* 2009;22:46-64, Table of Contents
- [7] Loos BG. Systemic effects of periodontitis. *Ann R Australas Coll Dent Surg* 2006;18:27-9
- [8] Maharaj B, Coovadia Y Vayej AC. An investigation of the frequency of bacteraemia following dental extraction, tooth brushing and chewing. *Cardiovasc J Afr* 2012;23:340-4
- [9] Zhang W, Daly CG, Mitchell D Curtis B. Incidence and magnitude of bacteraemia caused by flossing and by scaling and root planing. *J Clin Periodontol* 2012
- [10] Forner L, Larsen T, Kilian M Holmstrup P. Incidence of bacteremia after chewing, tooth brushing and scaling in individuals with periodontal inflammation. *J Clin Periodontol* 2006;33:401-7
- [11] Lockhart PB, Brennan MT, Thornhill M et al. Poor oral hygiene as a risk factor for infective endocarditis-related bacteremia. *J Am Dent Assoc* 2009;140:1238-44
- [12] Tomas I, Alvarez M, Limeres J, Potel C, Medina J Diz P. Prevalence, duration and aetiology of bacteraemia following dental extractions. *Oral Dis* 2007;13:56-62
- [13] Steckelberg JM Wilson WR. Risk factors for infective endocarditis. *Infect Dis Clin North Am* 1993;7:9-19
- [14] Baddour LM, Bettmann MA, Bolger AF et al. Nonvalvular cardiovascular device-related infections. *Circulation* 2003;108:2015-31
- [15] Wilson W, Taubert KA, Gewitz M et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *J Am Dent Assoc* 2008;139 Suppl:3S-24S
- [16] Desimone DC, Tleyjeh IM, Correa de Sa DD et al. Incidence of infective endocarditis caused by viridans group streptococci before and after publication of the 2007 American Heart Association's endocarditis prevention guidelines. *Circulation* 2012;126:60-4
- [17] Antunez C, Martin E, Cornejo-Garcia JA et al. Immediate hypersensitivity reactions to penicillins and other betalactams. *Curr Pharm Des* 2006;12:3327-33
- [18] Kunz AN Brook I. Emerging resistant Gram-negative aerobic bacilli in hospital-acquired infections. *Chemotherapy* 2010;56:492-500
- [19] Durack DT, Kaplan EL Bisno AL. Apparent failures of endocarditis prophylaxis. Analysis of 52 cases submitted to a national registry. *JAMA* 1983;250:2318-22
- [20] Dajani AS, Taubert KA, Wilson W et al. Prevention of bacterial endocarditis: recommendations by the American Heart Association. *J Am Dent Assoc* 1997;128:1142-51
- [21] Cherry M, Daly CG, Mitchell D Highfield J. Effect of rinsing with povidone-iodine on bacteraemia due to scaling: a randomized-controlled trial. *J Clin Periodontol* 2007;34:148-55
- [22] Rossi M, Zimmerli W, Zanetti G, Mühlemann K Täuber MG. Antibiotika zur Prophylaxe von Gelenkprothesen Schweizerische Ärztezeitung 2004;85:2083-7

ORAL-B-PREIS FÜR KLINISCHE PRÄSENTATIONEN

unter der Schirmherrschaft der SSP

Der Oral-B-Preis wird auch im Jahr 2013 wieder vergeben. Dies ist nur Dank der grosszügigen Unterstützung der Firma Oral-B, welche den Preis mit CHF 5'000 dotiert, möglich. Die Teilnahme am Oral-B-Preis für klinische Fallpräsentationen aus dem Gebiet der Parodontologie, steht allen in der Schweiz tätigen Zahnärzten und Dentalhygienikerinnen offen. Das Reglement mit den genauen Teilnahmebedingungen sind auf unserer Website www.parodontologie.ch unter Oral-B-Preis abrufbar.

Anlässlich der Jahrestagung 2012 der SSP in Bern wurde der Oral-B-Preis 2012 an Herrn Dr. med.dent. Mauro Amato, Klinik für Parodontologie, Endodontologie und Kariologie, Universitätskliniken für Zahnmedizin, Basel, und Herrn Dr. med. dent. Oliver Laugisch, Klinik für Parodontologie der ZMK an der Universität in Bern für ihre Fallpräsentationen vergeben. Die SSP gratuliert den Preisträgern herzlich und stellt die Fälle in dieser Ausgabe vor.

PARODONTALE THERAPIE UND KIEFERORTHOPÄDISCHE REHABILITATION BEI EINER PATIENTIN MIT SCHWERER CHRONISCHER PARODONTITIS

Dr. med. dent. Mauro Amato, Klinik für Parodontologie, Endodontologie und Kariologie, Universitätskliniken für Zahnmedizin, Basel

In der vorliegenden Arbeit werden die parodontale Therapie und die kieferorthopädische Rehabilitation bei einer Patientin mit generalisierter, chronischer Parodontitis beschrieben. Frau C.W. stellte sich erstmals im Sommer 2008 an den Universitätskliniken für Zahnmedizin in Basel vor. Da nach konservativer Therapie persistierende, erhöhte Sondierungstiefen verblieben, kamen verschiedene parodontal-chirurgische Verfahren zum Einsatz, um stabile orale Verhältnisse zu etablieren.

Anamnese

Stammdaten und soziale Anamnese:

Frau C.W., 55-jährig, ist verheiratet und von Beruf kaufmännische Angestellte. Die Familienanamnese war unauffällig.

Allgemeinmedizinische Anamnese:

Sie ist Nichtraucherin, nahm keine regelmässigen Medikamente und es bestanden auch sonst keine medizinischen Auffälligkeiten.



Abb. 1
Klinisches Foto vom 16.08.2008

Zahnmedizinische Anamnese:

Die Patientin war seit Jahren in engmaschiger, zahnärztlicher Kontrolle. Sie stellte sich in der Sprechstunde

für Parodontologie für eine 2. Meinung bezüglich ästhetischer Beeinträchtigungen im Unterkiefer Frontzahnbereich vor. (Abb. 1)

Befunde

Extraoraler Befund:

Der extraorale Befund war unauffällig.

Intraoraler Befund:

Frau C.W. zeigte eine lückenlose Dentition und eine verbesserungsbedürftige Mundhygiene (PI 37%, BI 2%) auf. Der Zahn 23 fehlte aufgrund einer Nichtanlage.

Dentaler Befund:

Einige Zähne waren konservierend versorgt. In der Unterkiefer Front bestand ein ausgeprägter Engstand mit Verschachtelung (crowding).

Parodontaler Befund (Abb. 2):

Es zeigte sich ein generalisierter Attachmentverlust. Bluten auf Sondieren und erhöhte Sondierungswerte waren an nahezu allen Parodontien vorhanden. Im Seitenzahnbereich bestanden Furkationsbeteiligungen.

Radiologischer Befund (Abb. 3):

Es ergaben sich folgende Befunde:

- Generalisierter horizontaler Knochenabbau
- Lokalisierte vertikale Knochendefekte bei den Zähnen 22, 35, 32 und 42
- Radioluzenz im Furkationsbereich des Zahnes 46

Diagnosen:

Es wurde die Verdachtsdiagnose einer generalisierten chronischen Parodontitis gestellt^[1].

Behandlungsplanung

Anliegen der Patientin:

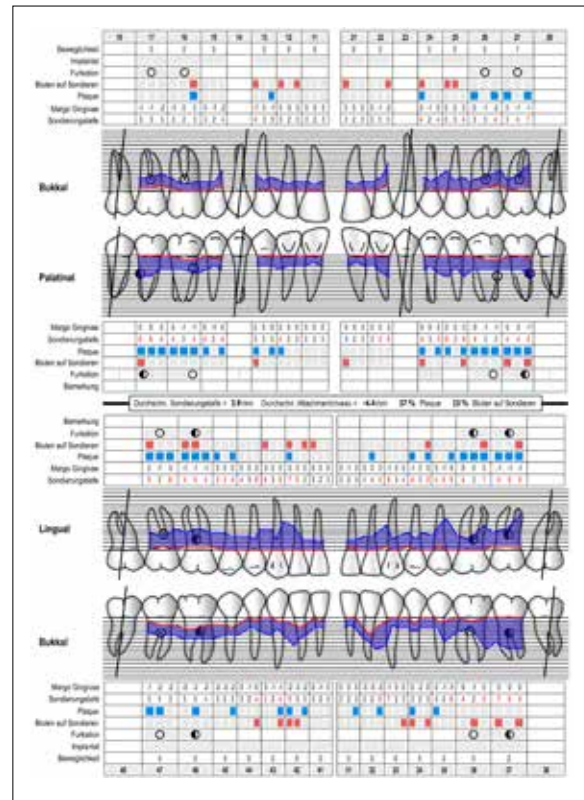


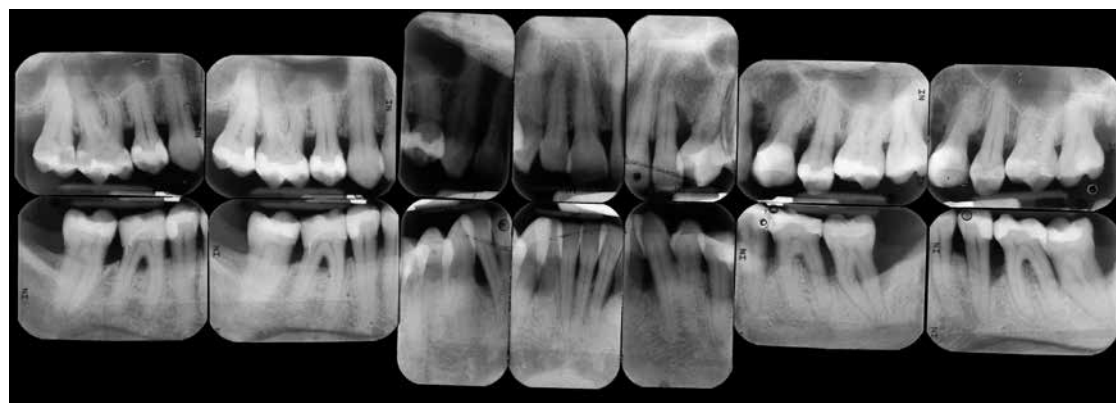
Abb. 2
Parodontaler Ausgangsbefund vom 16.08.2008

Sie wünscht einen maximalen Zahnerhalt, die Behandlung der Parodontitis und die Aufhebung des Engstandes in der Unterkiefer Front.

Ablaufplanung:

1. Mundhygieneinstruktion, professionelle Zahnreinigung; vollständige dentale, parodontale und radiologische Diagnostik; Aufklärung der Patientin und parodontale Vorbehandlung
2. Quadrantenweises Sc/Rp unter Lokalanästhesie

Abb. 3
Radiologischer Ausgangsbefund vom 07.08.2008



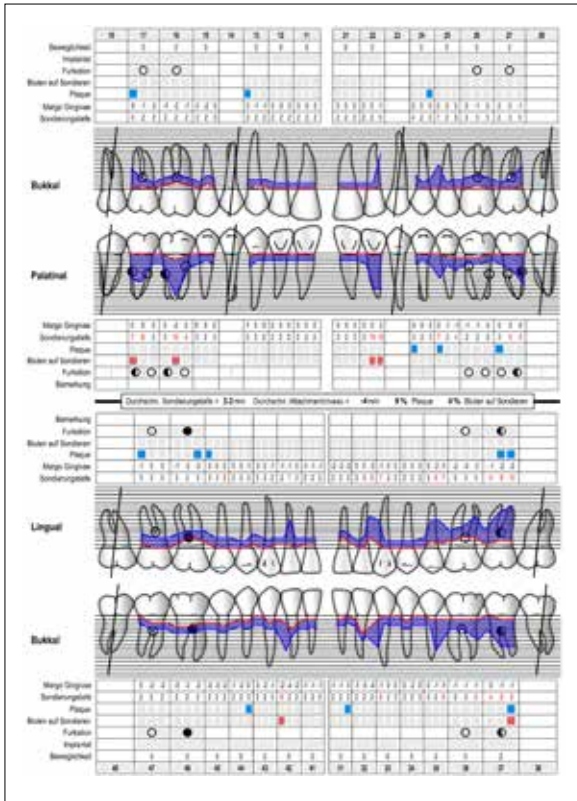


Abb. 4
Parodontalstatus 6 Monate (05.03.2009) nach nicht-chirurgischer Therapie.

3. Reevaluation nach 3 Monaten und Entscheidung über parodontal-chirurgische Therapie und Exzision der Zähne 27 und 37 nach 6 Monaten
4. Unterstützende Parodontitis-therapie (UPT) 3 monatlich
5. Kieferorthopädische Therapie bei stabilen parodontalen Verhältnissen

Behandlungsablauf

Nach der Mundhygieneinstruktion und Etablierung einer guten supragingivalen Plaquekontrolle (PI 9%, BI 1%) erfolgte die nicht-chirurgische Parodontitis-therapie quadrantenweise unter Lokalanästhesie und mit Ultraschall und Handinstrumenten. Nach dem 3- und 6-monatigem Recall zeigte sich eine Verbesserung der parodontalen Befunde sowie ein Rückgang der Entzündungsparameter (BI und BOP). Trotz dieser Konsolidierung verblieben an lokalisierten Stellen erhöhte Sondierungswerte. (Abb. 4) Die Zähne 27 und 37 wurden als nicht-erhaltungswürdig

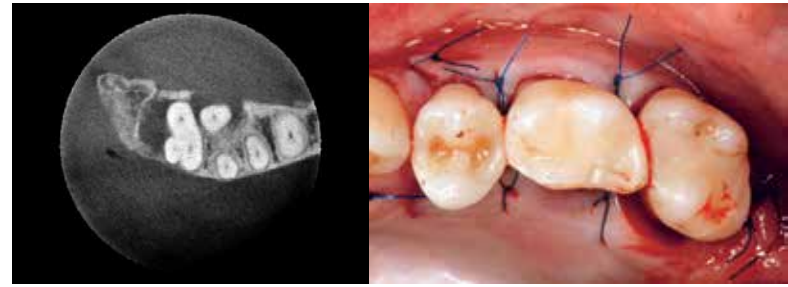


Abb. 5
a) Axiale DVT Aufnahme der Zähne 17, 16 und 15 – aufgrund des fortgeschrittenen Attachmentverlustes an der palatinalen Wurzel von Zahn 16 wurde eine Trisektion geplant, am Zahn 17 eine distale Keilexzision,

b) Situation postoperativ nach Entfernung der palatinalen Wurzel

(ST > 7 mm, Furkationsbeteiligung, Lockerungsgrad > 2, geringe funktionelle Bedeutung) eingestuft und extrahiert. Bei Sondierungstiefen ≥ 6 mm wurden parodontal-chirurgische Operationen geplant.

Der erste rechte Unterkiefermolar zeigte eine durchgängige Furkation (Grad III) mit lokal erhöhten Sondierungstiefen und Bluten auf Sondieren. Es wurde eine parodontal-chirurgische Operation mit apikal reponierten Lappens und einer Tunnellierung durchgeführt. Die Furkation war jetzt der Mundhygiene mit einem Interdentälbürstchen und der alternierenden Applikation mit einem Chlorhexidin bzw. Fluoridgel zugänglich.

Im ersten Quadranten wurde ein weiterer resektiver parodontal-chirurgischer Eingriff mit Amputation der palatinalen Wurzel an Zahn 16, sowie eine distale Keilexzision an Zahn 17 geplant.^[2] Vor der Operation wurde der Zahn 16 wurzelkanalbehandelt.



Abb. 6
a) Intraoperative Ansicht eines dreiwandigen vertikalen Defektes an Zahn 22,
b) Dichter interdentaler Wundverschluss nach Präparation eines Papillenerhaltungslappens



Abb. 7
a) Primärer Wundverschluss nach Exzision der Zähne 32 und 42 und Applikation von Schmelzmatrixproteinen,
b) Kieferorthopädische Apparatur in situ 6 Monate postoperativ

delt und mit Komposit provisorisch versorgt. Nach marginaler Schnittführung, Degranulierung und Defektdarstellung konnte die palatinale Wurzel amputiert werden. Die Furkation zwischen der mesio-bukkalen und der disto-bukkalen Wurzel war nicht durchgängig. Nach der unauffälligen Wundheilung wurde der Zahn mit einer VMK-Krone definitiv versorgt. (Abb. 5)

Aufgrund mehrerer lokalisierter, vertikaler Einbrüche im 2. (Zahn 22 und 25) und 3. Quadranten (Zahn 35) wurden jetzt regenerative parodontal-chirurgische Operationen mit Schmelz-Matrix-Proteinen (Zahn 25) und synthetischem Knochenersatzmaterial (Emdogain Plus) (Zähne 22, 35) durchgeführt. Es konnten lokalisierte dreiwandige Knochendefekte dargestellt werden. Die gewählte Schnittführung im Sinne eines Papillenerhaltungslappens ermöglichte einen dichten Wundverschluss und den Erhalt der roten Ästhetik. (Abb. 6)

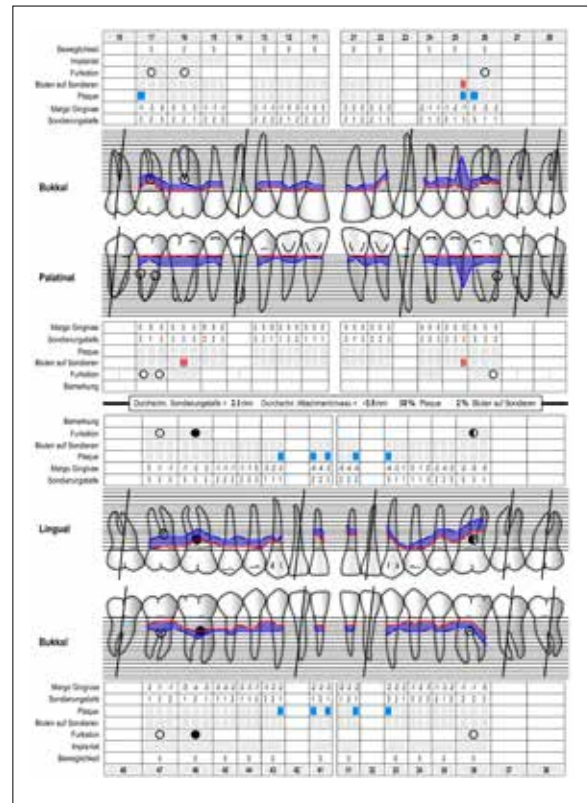


Abb. 8
Parodontaler Status vom 05.04.2012

In der Unterkiefer Front konnte die Mundhygiene wegen des Engstandes nur eingeschränkt durchgeführt werden. Distal der Zähne 32 und 42 zeigten sich zudem persistierende erhöhte Sondierungswerte. Die weitere Planung erfolgte mit der Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin der Universitätszahnkliniken.^[5] In einem ersten Schritt erfolgte nach Bildung eines Mukoperiostlappens die schonende Exzision der Zähne 32 und 42. Die vertikalen Defekte an den Zähnen 33 und 43 wurden mit Schmelzmatrix-Proteinen behandelt und primär chirurgisch verschlossen. In der 6-monatigen Heilungsphase wurde ein Interimsersatz erstellt, um die Lücken in der Unterkiefer Front prothetisch zu schliessen. Danach erfolgte die kieferorthopädische Ausformung des Unterkieferzahnbogens mit festsitzenden Apparaturen. Die definitive ästhetische Rehabilitation erfolgte im Anschluss an diese Therapie und wurde durch kleine proximale Kompositfüllungen erreicht. (Abb. 7)

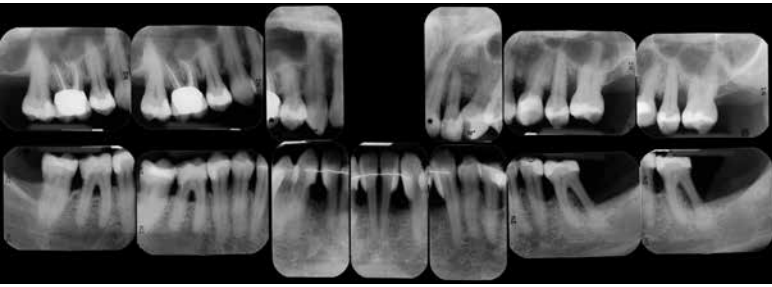


Abb. 9
Röntgenstatus vom 05.04.2012

Epikrise und Diskussion

Die hier vorliegende chronische generalisierte Parodontitis wurde durch eine schrittweise parodontologisch-synoptische Therapie mit einem ansprechenden ästhetischen Ergebnis behandelt.

Die parodontal-chirurgischen Eingriffe erfolgten nach Evaluation der nicht-chirurgischen Therapie und wurden entsprechend den aktuellen Erkenntnissen durchgeführt. Resektive Massnahmen erfolgten zuerst und wurden bei mehrwurzigen Zähnen vorgenommen. Regenerative Operationen fanden bei einwurzigen Zähnen mit lokalisierten dreiwandigen Defekten Anwendung.

Die resective parodontal-chirurgische Therapie ermöglichte eine effiziente Taschenelimination und eine Verbesserung der Mundhygienezugänglichkeit, insbesondere bei Zähnen mit Furkationsbefall^[1].



Abb. 10
Klinische Fotos vom 05.04.2012

Demgegenüber zeigen regenerative, parodontal-chirurgische Eingriffe bei bestimmten morphologischen Voraussetzungen sehr gute klinische Ergebnisse und auch eine hohe Patientenakzeptanz^[3]. Durch diese kombiniert konservativ – chirurgische Therapie konnte das Fortschreiten des Attachmentverlustes erfolgreich gestoppt werden. Frau C.W. zeigt eine ausgesprochen gute Mitarbeit und nimmt die 3-monatigen Recall-Intervalle sehr diszipliniert wahr. Der Erfolg spiegelt sich in den seit >1 Jahr gesunden parodontalen Verhältnissen wider. (Abb. 8, 9 und 10)

Distal des Zahnes 25 zeigte sich im 5. Recall erstmalig eine erhöhte Sondierungstiefe von 9mm sowie radiologisch ein vertikaler Defekt. Die Läsion wurde durch Sc/Rp konservativ behandelt. Im Rahmen der UPT wird die Läsion weiter beobachtet und ggf. nach der nächsten Reevaluation chirurgisch therapiert. Dies unterstreicht, dass nach der aktiven Parodontitistherapie die Behandlung keinesfalls abgeschlossen ist, sondern eine parodontale Nachsorge lebenslang andauert^[4].

Im vorliegenden Fall konnten somit die biologischen, funktionellen und ästhetischen Anforderungen erfüllt, sowie die Lebensqualität der Patientin gesteigert werden.

Referenzen

- [1] Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol.* 1999;4:1-6.
- [2] Walter C, Weiger R, Zitzmann NU. Periodontal surgery in furcation-involved maxillary molars revisited—an introduction of guidelines for comprehensive treatment. *Clin Oral Investig.* 2011;15:9-20.
- [3] Cortellini P, Tonetti MS. Minimally invasive surgical technique and enamel matrix derivative in intra-bony defects. I: clinical outcomes and morbidity. *J Clin Periodontol.* 2007;34:1082-1088.
- [4] Fardal O, Linden GJ. Re-treatment profiles during long-term maintenance therapy in a periodontal practice in Norway. *J Clin Periodontol.* 2005;32:744-9.
- [5] Boyer S, Fontanel F, Danan M, Olivier M, Bouter D, Brion M. Severe periodontitis and orthodontics: evaluation of long-term results. *Int Orthod.* 2011;9:259-73.

THERAPIE EINER GENERALISIERTEN CHRONISCHEN PARODONTITIS MIT FURKATIONSINVOLVIERUNG

Dr. med. dent. Oliver Laugisch, Klinik für Parodontologie der ZMK an der Universität in Bern

Anamnese

Soziale Anamnese und Hauptanliegen

Frau M.A. ist 67 Jahre alt, verheiratet und pensioniert. Die Patientin wurde 2010 von ihrem Privat Zahnarzt an die Klinik für Parodontologie in Bern überwiesen. Das Hauptanliegen der Patientin ist die Behandlung Ihrer Parodontitis unter maximalem Zahnerhalt und Wiederherstellung einer adäquaten Kaufunktion.

Allgemeinmedizinische Anamnese

Die Patientin hat seit 2007 ein künstliches Hüftgelenk. Ansonsten ist Frau M.A. allgemeinmedizinisch gesund und bedarf keiner Medikation. Die Patientin ist ehemalige Raucherin und hat bis zum Rauchstopp im Jahr 2000 20 Zigaretten pro Tag geraucht.

Zahnmedizinische Anamnese

Frau M.A. nimmt jährliche Kontroll- und Zahnreinigungstermine bei ihrem Haus-Zahnarzt wahr. Zum Zeitpunkt der Befundaufnahme klagte die Patientin über Food-Impaction, Zahnwanderungen und erhöhte Zahnbeweglichkeit.

Befunde

Extraoraler Befund

Ohne pathologische Vorkommnisse

Intraoraler Befund

regio 47 linguales Amalgam-Tattoo

Dentaler Befund

Die Patientin hat ein suffizient konservativ und endodontisch saniertes Gebiss. Der Zahn 27 wurde aufgrund eines endodontischen Misserfolges 2002 extrahiert. Zum Zeitpunkt der Befundaufnahme waren alle Zähne bis auf den suffizient endodontisch therapierten Zahn 24 im CO₂-Test positiv. Es zeigten sich Schliff-Facetten im Bereich der Frontzähne und der Prämolaren; jedoch kein Hinweis auf Balancekontakte. (Abb. 1)



Abb. 1 Intraoraler Fotostatus bei der Befundaufnahme

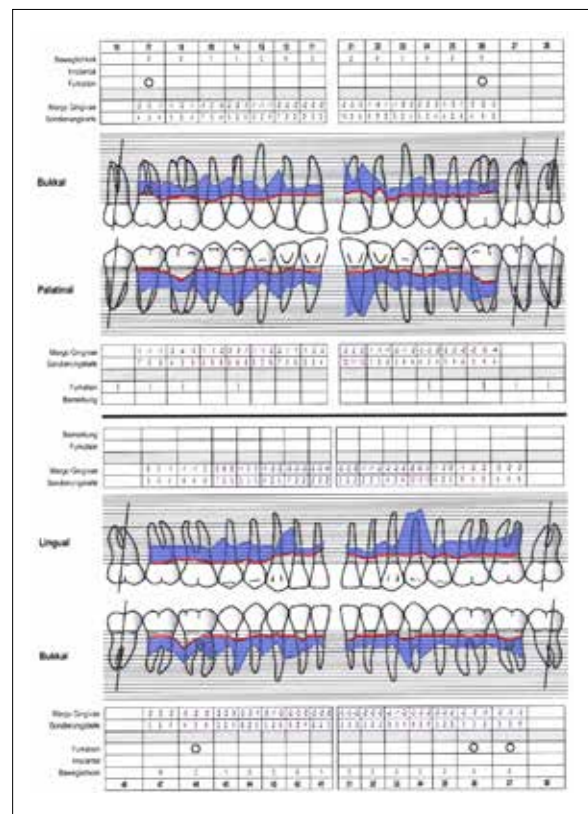


Abb. 2 Parodontalstatus Befundaufnahme

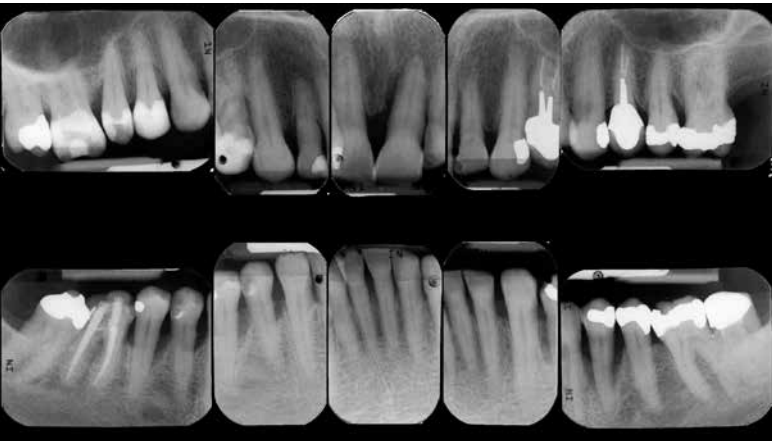


Abb. 3
Röntgenstatus Befundaufnahme

Parodontaler Befund

Es liegen erhöhte Sondierungswerte bis maximal 12 mm in allen Quadranten vor. Die Zähne 17, 26, 37, 36 und 46 haben einen Furkationsbefall Grad I. Eine erhöhte Beweglichkeit ist an den Zähnen 15, 14, 41 und 45 von Grad I und an den Zähnen 21, 25 und 34 von Grad II festzustellen. Die anfänglichen Mundhygiene-Indices ergeben einen Plaque-Index (PI) von 44% und ein Bluten auf Sondieren (BOP) bei 43% der Stellen. (Abb. 2)

Radiologischer Befund

Der Röntgenstatus zeigt einen generalisiert horizontalen Knochenverlust mit lokalisiert vertikalen Einbrüchen. Verschattungen im Sinne von subgingivalem Zahnstein sind insbesondere an den Zähnen 21,



Abb. 4
Parodontalabszess regio 21 und notwendige Therapie



Abb. 5
Chirurgische Therapie in allen Quadranten

34, 44 und 45 zu erkennen. (Abb. 3)

Diagnose

Fortgeschrittene generalisiert chronische Parodontitis mit Furkationsinvolvierung^[1].

Behandlungsplan

Systemische Phase

Rücksprache Hausarzt und Orthopäden.

Hygienephase

Mundhygieneinstruktion und – Motivation, Deep-Scaling und Wurzelglättung in allen vier Quadranten unter Lokalanästhesie ggf. unter antibiotischer Abschirmung (Hüftprothese).

Chirurgische Phase

Parodontalchirurgie mit regenerativen Maßnahmen der lokalisiert vertikalen Defekte in allen 4 Quadranten.

Erhaltungsphase

3-monatiges Recall-Intervall.

Rekonstruktive Phase

Bei einer Nichterhaltung der Zähne 21 und 34 ist eine Lückenversorgung notwendig. Aufgrund der Dysparallelität der Zähne 21 und 22 ist eine Brückenversorgung aufgrund eines drohenden Vitalitätsverlustes zu diskutieren. Das Knochenangebot regio 21 und 34 ist ferner im Hinblick auf eine mögliche Implantation zu betrachten. Daher scheint eine Klebebrücke oder Implantation an 21 und eine konventionelle Brücke oder Implantation an 34 angezeigt.

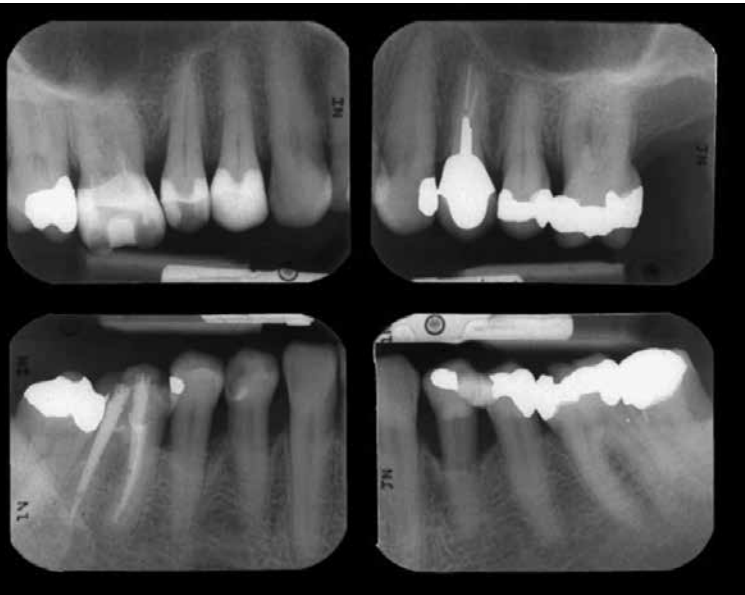


Abb. 6
Röntgenbilder der regenerativ therapierten Zähne

Behandlungsablauf

Systemische Phase

Es sind keine Vorsichtsmaßnahmen notwendig. Eine antibiotische Abschirmung aufgrund der Hüftprothese erübrigt sich.

Hygienephase

Vor Beginn des Scalings und Wurzelglättens erfolgte eine Mundhygieneinstruktion und – Motivation wobei



Abb. 7
Intraoraler Fotostatus bei der Abschlussuntersuchung

die Mundhygiene auf einen Plaque-Index von unter 20% gebracht wird. Hier zeigen sich Werte von 2% und 1%. Zahn 21 wird aufgrund eines Parodontalabszesses mit Vitalitätsverlust und einer Verschlechterung der Beweglichkeit auf einen Grad III extrahiert (Abb. 4). Es erfolgt das Deep-Scaling unter Lokalanästhesie und die Abgabe eines Vallplast-Provisoriums. Die Mundhygiene-Indices nach Hygienephase ergeben einen PI von 7% und ein Bluten auf Sondieren von 9% der Stellen. Alle Taschen ≥ 4 mm werden nach-instrumentiert. *Chirurgische Phase (Abb. 5)*

- Lappenoperation 33-35: Splint mesial und distal von 34 nach Säure-Ätz-Technik mit Komposit, Simplified-Papilla-Preservation Flap (SPPF) [2], Entfernung des Granulationsgewebes, Scaling und Wurzelglättung, Wurzelkonditionierung für 2 Minuten mit EDTA und Applikation eines Schmelzmatrixderivates in Kombination mit bovinem Knochenmineral in die 2- und 3-wandigen Knochendefekte. Dichter Nahtverschluss mit Gottlow-Laurell Nähten [3].
- Lappenoperation 43-46: Splint der Zwischenräume, SPPF, Entfernung des Granulationsgewebes, Scaling und Wurzelglättung, Wurzelkonditionierung und Applikation eines Schmelzmatrixderivates in Kombination mit bovinem Knochenmineral in die 2- und 3-wandigen Knochendefekte. Dichter Nahtverschluss mit Gottlow-Laurell Nähten.
- Lappenoperation 25-26: Splint der Zwischenräume, SPPF, Entfernung des Granulationsgewebes, Scaling und Wurzelglättung, Wurzelkonditionierung und Applikation eines Schmelzmatrixderivates 3-wandigen und sehr engen Knochendefekte. Dichter Nahtverschluss mit Gottlow-Laurell Nähten.
- Lappenoperation 14-16: Splint der Zwischenräume, SPPF, Entfernung des Granulationsgewebes, Scaling und Wurzelglättung, Wurzelkonditionierung und Applikation eines Schmelzmatrixderivates 3-wandigen und sehr engen Knochendefekte. Dichter Nahtverschluss mit Gottlow-Laurell Nähten.

In der Reevaluation nach Chirurgie zeigte sich eine deutliche Verbesserung der parodontalen Verhältnisse (Abb. 6+7). Die Beweglichkeit der Zähne ist

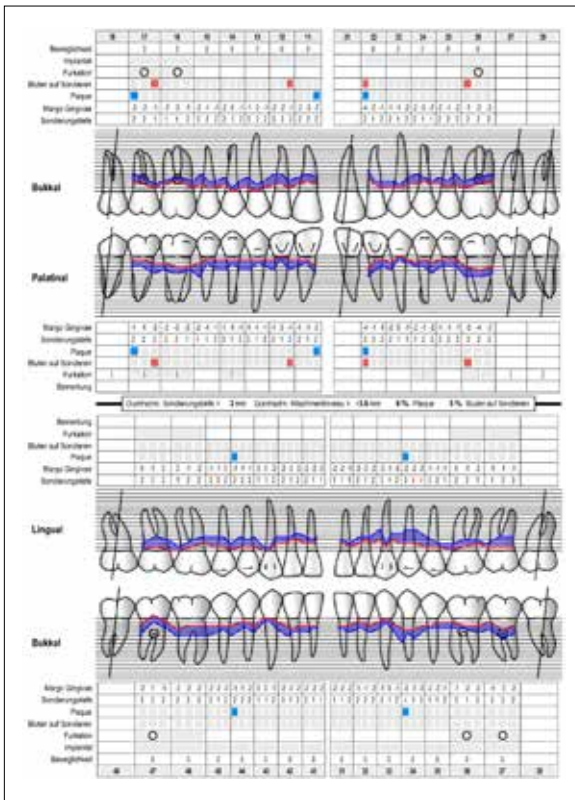


Abb. 8
Parodontalstatus bei der Reevaluation nach Chirurgie



Abb. 9
Klebebrücke region 21

auf eine physiologische zurückgegangen. Es sind 4 Stellen mit einer Sondertiefe von maximal 4 mm vorhanden. Die Mundhygiene-Indices betragen PI 5 % und BoP 4 % (Abb. 8).

Erhaltungsphase

Die parodontale Risikoanalyse^[4] ergibt ein mittleres parodontales Risiko. Das empfohlene Recall-Intervall für diese Kategorie beträgt 4-6 Monate.

Rekonstruktive Phase

Aufgrund des massiven oro-vestibulären Knochen-defizites in der Schallücke 21 ist eine Implantation ohne umfangreiche augmentative Vorbehandlung unmöglich. Ferner besteht die Gefahr des Vitalitätsverlustes der sehr dysparallel angeordneten Pfeiler bei der Präparation für eine Brückenversorgung 11-x-22. Nach einer umfangreichen Planungsphase und Diskussion mit der Patientin entschieden wir uns für das Anfertigen einer Klebebrücke 11x (Abb. 9).

Diskussion

Diese Fallpräsentation zeigt die Therapie einer fortgeschrittenen generalisierten chronischen Parodontitis mit Furkationsinvolvierung. Nach einer Optimierung der Mundhygiene wurde ein Scaling und Wurzelglätten durchgeführt. Da Evidenz existiert, dass Resttaschen ≥ 6 mm^[5] und vertikale Defekte^[6] ein Risiko für zukünftigen Attachmentverlust darstellen, wurden diese in einer chirurgischen Phase therapiert.

Je nach Konfiguration der vertikalen Knochendefekte sollten regenerative Techniken zur Anwendung kommen^[7]. In Studien konnte gezeigt werden, dass die Verwendung von Schmelz-Matrix-Proteinen^[8] und Schmelz-Matrix-Proteinen in Kombination mit bovinem Knochenmineral^[9] zu einer humanhistologisch nachweisbaren Regeneration von Desmodont, Knochen und Zement führen. Die Kombination dieser Techniken unter Anwendung von Papilla-preservativen Flaps führt ferner zu einem zusätzlichem Gewinn an Attachment und demzufolge mehr Taschenreduktion als Papillen-Erhaltungslappen alleine^[10]. Eine geringere Mobilität der Zähne durch eine Schienung vor regenerativen Eingriffen beeinflusst das Ergebnis der Chirurgie weiterhin positiv^[11].

In den vorliegenden Röntgenbildern erkennt man eine Remineralisation der vertikalen Defekte, was ein Zeichen für eine Regeneration sein könnte.

Bei der Reevaluation nach Chirurgie waren lediglich 4 Taschen von 4 mm vorhanden, der PI betrug 5 % und der BOP 4 %. Dies entspricht einem A+ der SSO Qualitätsrichtlinien. Bei einer weiterhin hervorragenden Mundhygiene und Compliance mit dem Recall^[12] haben auch die Molaren mit dem Furkationsgrad I eine sehr gute Langzeitprognose^[13].

Referenzen

- [1] Armitage, G.C., *Development of a classification system for periodontal diseases and conditions*. Ann Periodontol, 1999. **4**(1): p. 1-6.
- [2] Cortellini, P., G.P. Prato, and M.S. Tonetti, *The simplified papilla preservation flap. A novel surgical approach for the management of soft tissues in regenerative procedures*. Int J Periodontics Restorative Dent, 1999. **19**(6): p. 589-99.
- [3] Gottlow, J., et al., *Guided tissue regeneration using a bioresorbable matrix barrier*. Pract Periodontics Aesthet Dent, 1994. **6**(2): p. 71-8; quiz 80.
- [4] Lang, N.P. and M.S. Tonetti, *Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT)*. Oral Health Prev Dent, 2003. **1**(1): p. 7-16.
- [5] Matulienė, G., et al., *Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance*. J Clin Periodontol, 2008. **35**(8): p. 685-95.
- [6] Papapanou, P.N. and J.L. Wennstrom, *The angular bony defect as indicator of further alveolar bone loss*. J Clin Periodontol, 1991. **18**(5): p. 317-22.
- [7] Cortellini, P., A. Labriola, and M.S. Tonetti, *Regenerative periodontal therapy in intrabony defects: state of the art*. Minerva Stomatol, 2007. **56**(10): p. 519-39.
- [8] Sculean, A., et al., *Healing of human intrabony defects following treatment with enamel matrix proteins or guided tissue regeneration*. J Periodontol Res, 1999. **34**(6): p. 310-22.
- [9] Sculean, A., et al., *Five-year clinical and histologic results following treatment of human intrabony defects with an enamel matrix derivative combined with a natural bone mineral*. Int J Periodontics Restorative Dent, 2008. **28**(2): p. 153-61.
- [10] Tonetti, M.S., et al., *Enamel matrix proteins in the regenerative therapy of deep intrabony defects*. J Clin Periodontol, 2002. **29**(4): p. 317-25.
- [11] Cortellini, P. and M.S. Tonetti, *Evaluation of the effect of tooth vitality on regenerative outcomes in infrabony defects*. J Clin Periodontol, 2001. **28**(7): p. 672-9.
- [12] Matulienė, G., et al., *Significance of Periodontal Risk Assessment in the recurrence of periodontitis and tooth loss*. J Clin Periodontol. **37**(2): p. 191-9.
- [13] Hirschfeld, L. and B. Wasserman, *A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients*. J Periodontol, 1978. **49**(5): p. 225-37.

PRAKTIZIERENDE FACHZAHNÄRZTE FÜR PARODONTOLOGIE 2012

MÉDECINS-DENTISTES SPÉCIALISTES EN PARODONTOLOGIE 2012

Oktober / Octobre 2012

Adler	Andreas, Dr. med. dent.	Aeschenvorstadt 21	4051	Basel	061 271 03 76
Aglietta	Marco, Dr. med. dent.	Bonstettenstrasse 9	3012	Bern	
Albert-Kiszely	Andrea, Dr. med. dent.	Liechtensteinstrasse 8	A-1090	Wien	+43 1 319 00 70
Alessandri	Regina, Dr. med. dent.	Gämpi 6	6043	Adligenswil	
Almaghlouth	Adnan-Ali, Dr. med. dent.	5, Chemin Edouard Tavan	1206	Genève	
Balmelli	Oreste, Dr. med. dent.	Via Maggio 13	6900	Lugano	091 971 81 71
Bardet	Philippe, Dr. med. dent.	7 rue du Musée	2000	Neuchâtel	032 725 80 00
Berres	Frauke, Dr. med. dent.	Max-Daetwyler-Platz 2	3014	Bern	031 537 31 60
Bessat	Jean-Daniel, Dr. med. dent.	Grand-Pont 2 bis	1003	Lausanne	021 320 64 41
Beuchat	Michel, Dr. med. dent.	Bahnhofstrasse 54	2502	Biel	032 322 07 88
Boretti-Sattler	Gunhilde, Dr. med. dent.	Merianweg 29	3400	Burgdorf	
Brägger	Urs, Prof. Dr. med. dent.	ZMK, Freiburgstrasse 7	3010	Bern	
Brochut	Patrick, Dr. med. dent.	Rue J.-J. Rousseau 5	1800	Vevey	021 923 73 33
Brunner	Monika, Dr. med. dent.	Winkelriedstrasse 35	6003	Luzern	041 210 75 85
Bürgi-Tiedemann	Christine, Dr. med. dent.	Lerchenfeldstrasse 10	9500	Wil	071 914 30 20
Busslinger	André, Dr. med. dent.	CDC, Bahnhofstrasse 54	2502	Biel	032 322 07 88
Cappuyns	Isabelle, Dr. med. dent.	SMD, 19 rue Barthélémy-Menn	1205	Genève	022 379 40 30
Carollo	Barbara, Dr. med. dent.	Chasseralstrasse 25	3063	Ittigen	
Cionca	Norbert, Dr. med. dent.	SMD, 19 rue Barthélémy-Menn	1205	Genève	022 793 46 20
Décaillet	Fabien, Monsieur	Rue d'Ormône 79	1965	Savièse	
Dessaix- Marin	Isabelle, Dr. med. dent.	Place De-Grenus 5	1205	Genève	022 959 70 00
Dubrez	Bertrand, Dr. med. dent.	Beaumont 10	1012	Lausanne	021 312 12 32
Dulio	Piero, Dr. med. dent.	Furkastrasse 32	3900	Brig	027 923 35 33
Duroux	Pascal, Dr. med. dent.	Rue des Remparts 17	1950	Sion	027 323 79 43
Ebner	Jean-Pierre, Dr. med. dent.	Malzgasse 26	4052	Basel	061 272 61 51
Engelberger	Thomas, Dr. med. dent.	Holbeinstrasse 19	4051	Basel	061 271 61 44
Feloutzis	Andreas, Dr. med. dent.	Neapoleos 9	GR-15123	Maroussi	+30 210 6840217
Fischer	Carolin, Dr. med. dent.	Försterstrasse 13	8805	Richterswil	
Gaberthüel	Thomas, Dr. med. dent.	Dufourstrasse 7a	8702	Zürich-Zollikon	044 391 54 88
Gerber	Claude, Dr. med. dent.	Depotstrasse 16	3012	Bern	031 302 45 15
Gerber	Jeanne, Dr. med. dent.	Hardturmstrasse 122a	8005	Zürich	
Graf	Jean-Michel, Dr. med. dent.	Grand-Pont 2 bis	1003	Lausanne	021 320 64 43
Grassi	Markus, Dr. med. dent.	Oberstrasse 20	3550	Langnau	034 402 51 31
Gugerli	Patrick, Dr. med. dent.	Rue du Crêt-Taconnet 17 a	2000	Neuchâtel	032 722 11 20
Gusberti	Francesco, Dr. med. dent.	Via Turconi 26	6850	Mendrisio	091 646 45 77
Halbritter	Pietro, Dr. med. dent.	Granitweg 2	8006	Zürich	044 361 75 00
Hämmerle	Christoph, Prof. Dr. med. dent.	ZZMK, Plattenstrasse 11	8028	Zürich	044 634 32 51
Hänggi	Daniel, Dr. med. dent.	Birsigstrasse 105	4054	Basel	061 281 33 66
Hermann	Joachim, Dr. med. dent.	Stationsstrasse 53	8606	Zürich-Nänikon	044 941 35 36
Hofer	Dominik, Dr. med. dent.	Oberstrasse 20	3550	Langnau	034 402 51 31
Hofmänner	Petra, Dr. med. dent.	Werkgasse 59	3018	Bern	031 357 31 60
Hürzeler	Markus, Prof. Dr. med. dent.	Rosenkavalierplatz 18/IV	D-81925	München	+49 89 92 87 84 51
Huwiler	Markus, Dr. med. dent.	Kirchgasse 27	3700	Spiez	033 654 55 20
Huynh-Ba	Guy, Dr. med. dent.	7703 Floyd Curl Drive MSC 7894	TX-78229	San Antonio, Texas, USA	
Iff	Marcel, Dr. med. dent.	Hauptstrasse 95	4102	Binningen	061 271 35 72

Jaccard	François, Dr. med. dent.	6 rue Amat	1202	Genève	022 732 85 20
Jambrec	Hrvoje, Dr. med. dent.	1 rue d'Aoste	1204	Genève	022 312 04 16
Jensen	Jörgen, Dr. med. dent.	Rickenstrasse 25, Gauenhof	8737	Gommiswald	055 280 45 66
Joss	Andreas, Dr. med. dent.	Depotstrasse 16	3012	Bern	031 302 45 15
Keller	Daniel, Dr. med. dent.	Militärstrasse 44	3014	Bern	031 333 18 18
Krähenmann	Michael, Dr. med. dent.	Herrengasse 21	6430	Schwyz	041 811 48 88
Kuonen	Patrick, Dr. med. dent.	Landhausweg 33	3007	Bern	
Lampe Bless	Kathrin, Dr. med. dent.	Höhenweg 5	5222	Umiken	056 245 62 77
Lehmann	Barbara, Dr. med. dent.	Bahnhofstrasse 80	8001	Zürich	044 211 17 17
Loup	Pierre-Jean, Dr. med. dent.	Place De-Grenus 5	1201	Genève	022 959 70 00
Lulic	Martina, Dr. med. dent.	Eichholzweg 1B	6312	Steinhausen	
Luterbacher	Stefan, Dr. med. dent.	Bubenberglplatz 11	3011	Bern	031 312 44 12
Matulienè	Giedrè, Dr. med. dent.	Kantstrasse 68c	D-24576	Bad Bramstedt	
Meier	Andreas, Dr. med. dent.	Kirchstrasse 2	9494	Schaan	+423 232 17 66
Meier	Christoph, Dr. med. dent.	Haldenstrasse 12	6006	Luzern	041 410 31 35
Mettraux	Gérald, Dr. med. dent.	Giessereiweg 9	3007	Bern	031 372 09 46
Mombelli	Andrea, Prof. Dr. med. dent.	SMD, 19 rue Barthélemy-Menn	1205	Genève	022 37 94 030
Moser	Peter, Dr. med. dent.	Zuchwilerstrasse 43	4500	Solothurn	032 622 12 12
Naef	Felix, Dr. med. dent.	Löwenstrasse 2	8001	Zürich	044 211 80 08
Nussbaum	Pierre E., Dr. med. dent.	32 route de Malagnou	1208	Genève	022 735 45 70
Oberholzer	Rainer, Dr. med. dent.	Metzgergasse 8 B	5034	Suhr	062 842 31 11
Payot	Pierre, Dr. med. dent.	1 rue d'Aoste	1204	Genève	022 311 61 41
Plagnat	Dominique, Dr. med. dent.	8B rue des Pêcheurs	1400	Yverdon-les-Bains	024 426 80 20
Ramseier	Christoph, Dr. med. dent.	Scheuermattweg 33	3043	Uettiligen	
Rieder	Christoph, Dr. med. dent.	Wiesentalstrasse 135	7000	Chur	081 353 15 00
Ritz	Luca, Dr. med. dent.	Freiestrasse 103	4051	Basel	061 272 79 95
Roehrich	Nicolas, Dr. med. dent.	bd des Philosophes 5	1205	Genève	022 781 10 01
Röthlisberger	Beat, Dr. med. dent.	Marktplatz 8	3800	Interlaken	033 822 22 12
Rotzetter	Pierre-Alain, Dr. med. dent.	Bd de Pérolles 23	1700	Fribourg	026 322 82 40
Rüeger	Konrad, Dr. med. dent.	Bachstrasse 2	5600	Lenzburg	062 891 98 71
Ruppert	Martin, Dr. med. dent.	Kneippstrasse 16	D-90491	Nürnberg	+49 911 51 57 71
Rutar	Alexandra, Dr. med. dent.	Falkengasse 3	6004	Luzern	041 410 64 55
Sachs	Roland, Dr. med. dent.	av. Beauregard 11	1700	Fribourg	026 422 22 60
Salvi	Giovanni, Prof. Dr. med. dent.	ZMK, Freiburgstrasse 7	3010	Bern	031 632 35 51
Saxer	Ulrich P., Prof. Dr. med. dent.	Herzogenmühlestrasse 14	8051	Zürich	01 325 15 05
Schaer	Florian, Dr. med. dent.	Obere Zäune 5	8001	Zürich	044 262 30 15
Schär	Dorothee, Dr. med. dent.	319 East 92nd Street	10128	New York, USA	
Schlegel-Bregenzer	Bettina, Dr. med. dent.	Holzstrasse 58a	9010	St.Gallen	071 245 77 07
Schmid	Bruno, Dr. med. dent.	Bayweg 3	3123	Belp	031 819 37 03
Schmid	Jürg, Dr. med. dent.	Poststrasse 3	7130	Ilanz	081 925 41 41
Siegrist	Beatrice, Dr. med. dent.	Helvetiastrasse 9	3005	Bern	031 351 30 38
Straub	Antje, Dr. med. dent.	Bleichmattstrasse 16	5000	Aarau	062 822 23 24
Tosches	Nino, Dr. med. dent.	Dorfgrasse 1	3454	Sumiswald	034 431 12 05
Tritten	Christian B., Dr. med. dent.	Gstaadstrasse	3792	Saanen	033 748 73 73
Wallkamm	Beat, Dr. med. dent.	Marktgasse 1	4900	Langenthal	062 919 40 10
Weber-Dürr	Catherine, Dr. med. dent.	Röschenzstrasse 6-8	4242	Laufen	061 763 70 00
Weigel	Christian, Dr. med. dent.	Kasernenstrasse 17a	3600	Thun	033 223 33 15
Wetzel	Anton Christoph, Dr. med. dent.	Oberer Graben 12	9000	St. Gallen	071 222 23 07
Wick	Philipp, Dr. med. dent.	Goldiwilstrasse 8	3600	Thun	
Wolf	Herbert, Dr. med. dent.	Löwenstrasse 55/57	8001	Zürich	044 211 88 48/81
Zinsli	Barbara, Dr. med. dent.	Eggweg 22,	3065	Bolligen	031 921 19 41

EHRENMITGLIEDER DER SSP
MEMBRES D'HONNEUR DE LA SSP

Baehni	Pierre, Prof. Dr. med. dent.	SMD, 19 rue Barthélemy-Menn	1205	Genève
Dulio	Piero, Dr. med. dent.	Furkastrasse 32	3900	Brig
Lang	Niklaus P., Prof. Dr. med. dent., MS	Scheuermattweg 33	3043	Uettligen
Leu	Max, Dr. med. dent.	Leugrueb 21	8126	Zumikon
Mombelli	Andrea, Prof. Dr. med. dent.	SMD, 19 rue Barthélemy-Menn	1205	Genève
Wolf	Herbert, Dr. med. dent.	Löwenstrasse 55/57	8001	Zürich

WISSENSCHAFTLICHE MITGLIEDER DER SSP
MEMBRES SCIENTIFIQUES DE LA SSP

Attin	Thomas, Prof. Dr. med. dent.	Plattenstrasse 11	8032	Zürich
Baehni	Pierre, Prof. Dr. med. dent.	SMD, 19 rue Barthélemy-Menn	1205	Genève
Lang	Niklaus P., Prof. Dr. med. dent., MS	Scheuermattweg 33	3043	Uettligen
Marinello	Carlo, Prof. Dr. med. dent., MS	UZM, Hebelstrasse 3	4056	Basel
Schmidlin	Patrick Roger, PD Dr. med. dent.	Plattenstrasse 11	8032	Zürich
Walter	Clemens, Dr. med. dent.	UZM, Hebelstrasse 3	4056	Basel
Weiger	Roland, Prof. Dr.	UZM, Hebelstrasse 3	4056	Basel
Zitzmann	Nicola Ursula, PD Dr. med. dent.	Missionsstrasse 37	4055	Basel

KORRESPONDIERENDE MITGLIEDER DER SSP
MEMBRES CORRESPONDANTS DE LA SSP

Egelberg	Jan, Prof. Dr. odont.	Otto Lindblad väg 5	SE-22465	Lund, Sverige
Kinane	Denis, Prof. Dr.	University of Louisville		Louisville, Kentucky, USA
Lindhe	Jan, Prof. Dr. odont.	Univ. of Gothenburg	SE-40030	Göteborg, Sverige
		Dept. of Periodontology, Box 450		
Sanz	Mariano, Prof. Dr.	Facultad de Odontologia	E-28040	Madrid, España
Tonetti	Maurizio, Prof. Dr.	Via Don Minetti 10D	I-16126	Genova, Italia

ERNENNUNG ZUM FACHZAHNARZT FÜR PARODONTOLOGIE

Anlässlich der Mitgliederversammlung in Bern wurden 5 Kollegen und Kolleginnen neu zum Fachzahnarzt für Parodontologie ernannt.

Die SSP gratuliert den erfolgreichen Kandidaten herzlich und möchte sie hier kurz vorstellen.

Dr. med. dent. Regina Alessandri Bieri



Geburtsdatum: 16. April 1980

Ausbildung

- 1987 – 1993 Primarschule Schüpfheim
- 1993 – 2000 Kantonsschulen Schüpfheim und Reussbühl, Matura Typus B
- 2002 – 2005 Zahnmedizinstudium an der Universität Bern
- 2005 – 2008 Assistenz-Zahnärztin in der Privat-Praxis
- 2008 Doktorin der Zahnmedizin

Weiterbildung

- 2008 – 2011 Master-Studium Parodontologie, Klinik für Parodontologie ZMK Universität Bern
- 2012 Mutterschaft

Dr. med. dent. Dorothee Schär



- 1998 – 2004 Studium der Zahnmedizin in München, Deutschland
- 2004 – 2006 Assistenz Zahnärztin in Privatpraxis, Gersthofen, Deutschland
- 2006 – 2008 Assistenz Zahnärztin in Privatpraxis, Bern, Schweiz bei Spezialisten für Parodontologie (SSP) und rekonstruktive Zahnmedizin (SSRD)
- 2008 Promotion bei Prof. Dr. W. Gernet, München
 «Bruchfestigkeit von Zirkoniumdioxidgerüsten bei unterschiedlichem Präparationsdesign»
- 2009 – 2011 Weiterbildungsassistent an der Klinik für Parodontologie, Universität Bern, Schweiz
- 2012 Fachzahnarzt Parodontologie SSP
 Master of advanced studies in periodontology and implant dentistry
 EFP
 Master of advanced studies in periodontology and implant dentistry
 Universität Bern
- 2012 Mutterschaft

Dr. med. dent. Décaillet Fabien

Geburtsdatum: 3. Mai 1982

Höhere Ausbildung

- 1996 – 2001 Mathematisch-naturwissenschaftliche Matura (Typus C), Lycée-Collège des Creusets, Sitten
- 2001 – 2007 Studium der Zahnmedizin, Universität Lausanne und Universität Genf
- Sept. 2007 Eidgenössisches Zahnarzt Diplom, Universität Genf
- 2007 – 2010 Weiterbildungsprogramm in Parodontologie, Universität Genf
- Juni 2011 Master of advanced studies (MAS) in oraler Biologie, Universität Genf
- Dez. 2011 Doktor der Zahnmedizin, Universität de Genf
- Juni 2012 Ernest Métral-Preis, vergeben von der medizinischen Fakultät der Universität Genf
- Sept. 2012 Eidg. dipl. Fachzahnarzt für Parodontologie

Berufliche Tätigkeit

- Okt. 2012 Stv. Lehrbeauftragter, Universität Genf
- 2007 – 2012 Assistenz-Zahnarzt, Abteilung für orale Physiopathologie und Parodontologie, Prof. Andra Mombelli, Universität Genf
- Seit 2010 Assistenz-Zahnarzt in der Privatpraxis eines Facharzts für Parodontologie, Dr Patrick Brochut, Vevey

Dr. med. dent. Petra Hofmänner

Geburtsdatum: 12. Mai 1965

Ausbildung

- Dez. 2006 Promotion zum Dr. med. dent.
- 2001 – 2006 Studium der Zahnmedizin an der Universität Bern
- 1998 – 2001 Berner Maturitätsschule für Berufstätige: Eidgenössische C Matur
- 1986 – 1988 Dentalhygieneschule Zürich
- 1981 – 1983 Ausbildung zur Zahnarztgehilfin

Fort- und Weiterbildung

- Sept. 2012 Fachzahnärztin Parodontologie SSP, EFP, MAS
- 2008 – 2011 Weiterbildungsprogramme zu Master of Advanced Studies (MAS) in Periodontology und Facharztausbildung zur Parodontologin SSP
- seit 2007 Regelmässige Teilnahme an nationalen und internationalen Kongressen für Parodontologie
- 1988 – 2001 Regelmässige Teilnahme an Kongressen des Berufsverbandes für Dentalhygienikerinnen und der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie
- 1994 – 1995 Höhere Fachschule für Unternehmensführung HFU Feusi, Abschluss Ausbilderin

Berufliche Tätigkeiten

- Seit 2011 Leiterin Bildungsgang Dentalhygiene HF, Zahnärztin
Mitglied der Geschäftsleitung medi Zentrum für medizinische Bildung
- 2008 – 2011 Assistenz Zahnärztin an den

	Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern, Klinik für Parodontologie		
2006 – 2007	Anstellung als Assistenz Zahnärztin bei Dr. med. dent. M. Finger in Interlaken zu 80 %	Sept. 2006	Dr. med. dent. Thomas Schlapbach, Uetendorf BE
seit 2001	Unterricht der Präventiv Zahnmedizin / Gesamt Zahnmedizin an der Dentalhygieneschule Bern		Junior Robert Frank Award, 1st Prize für die Präsentation des Posters «Immunodetection of Bone-Related Proteins in Microcalcifications of Human Dental Pulp»
2001 – 2007	Teilzeiteinsätze als Dentalhygienikerin in Privatpraxen	2007 – 2008	Assistenz Zahnarzt / Weiterbildung an der Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv Zahnmedizin und Kinder Zahnmedizin (Prof. Dr. med. dent. Adrian Lussi), Universität Bern
1994 – 2001	Anstellung an der Dentalhygieneschule in Bern als Ausbilderin in der Klinik und im theoretischen Unterricht; ab 1996 Leiterin des Bereiches Klinik	Dez. 2008	Promotion zum Dr. med. dent. der Universität Bern (Dissertation «Immunodetection of Bone-Related Noncollagenous Proteins in Microcalcifications of Human Dental Pulp» unter der Leitung von PD Dr. Dieter D. Bosshardt, Klinik für Parodontologie, ZMK Bern)
1990 – 1994	Dentalhygienikerin bei Dres. Kaelin in Trübbach		Assistant médecin-dentiste / formation en parodontologie dans la Division de Physiopathologie buccale et Parodontie (Prof. Dr. med. dent. Andrea Mombelli), Section de médecine dentaire, Université de Genève
1988 – 1990	Dentalhygienikerin bei Dres. Attenberger in Buchs und Berweger in Bad Ragaz		Maîtrise universitaire d'études avancées en biologie orale (Thèse: Anti-apolipoprotein A-1 autoantibodies as biomarker for atherosclerosis burden in patients with periodontitis)
1983 – 1986	Zahnarztgehilfin bei Dr. Schindler in Buchs	2008 – 2012	Titre fédéral de spécialiste en parodontologie
1981 – 1983	Lehrstelle bei Dr. Schindler in Buchs		
Dr. med. dent. Philipp A. Wick			
MAS in oral biology			
			
	Geburtsdatum: 25. Dez. 1979	Sept. 2012	
1998	Matura Typus B, Kantonschule am Burggraben, St. Gallen		
1999 – 2001	Grundstudium der Zahnmedizin, Université de Fribourg		
2001 – 2004	Studium der Zahnmedizin, Universität Bern		
Okt. 2004	Staatsexamen Zahnmedizin (eidg. dipl. Zahnarzt)		
2005 – 2006	Assistenz Zahnarzt in Privatpraxis:		(Anmerkung der Redaktion: Auf ausdrücklichen Wunsch von Herrn Dr. Wick wurde aus Respekt und Dankbarkeit an seine Ausbildungsstätte dieser Teil in Französisch belassen. Auf eine Übersetzung wurde verzichtet.)

NEUIGKEITEN AUS DER EFP

Liebe SSP-Mitglieder

Hier einige Neuigkeiten zur European Federation of Periodontology EFP:

Erfreulicherweise können wir mitteilen, dass das Mandat von Prof. Maurizio Tonetti als Herausgeber des Journal of Clinical Periodontology (JCP) um weitere drei Jahre verlängert worden ist. Die Zeitschrift ist das offizielle wissenschaftliche Organ der EFP und damit aller unserer Mitglieder. Es ist erwähnenswert, dass Prof. Tonetti dank seiner bemerkenswerten Arbeit aus dem JCP eine erstrangige wissenschaftliche Zeitschrift auf dem Gebiet der Zahnmedizin gemacht hat. Gegenwärtig sind noch Verhandlungen mit der deutschen, der französischen und der italienischen Gesellschaft für Parodontologie sowie der Industrie im Gang, mit dem Ziel, Ihnen wiederum, wie schon im Jahre 2010, eine Sammlung der wesentlichen neuesten im JCP erschienenen klinischen Beiträge in deutscher, französischer und italienischer Sprache anbieten zu können.

Zwei neue Fachgesellschaften, die serbische und die rumänische Gesellschaft für Parodontologie, wurden in die EFP aufgenommen – die eine als Vollmitglied, die andere als assoziiertes Mitglied. Wir heissen sie in unserer Föderation herzlich willkommen.

Im November 2011 fand unter der Leitung von Prof. Mariano Sanz in Segovia (Spanien) ein weiterer europäischer Workshop unter dem Thema «Methodologie der Forschung im Bereich der Implantologie» statt: die Unterlagen dieses Workshops sind wiederum auf der EFP-Webseite aufgeschaltet und unter JCP frei einsehbar. Ein verwandter Anlass fand kürzlich im November in Zusammenarbeit mit der amerikanischen Gesellschaft für Parodontologie (AAP) zum Thema «Parodontologie und systemische Krankheiten» statt: Dieser Workshop wird 2013 in eine gross angelegte Informationskampagne zu diesem Thema münden. Die verschiedenen Literaturübersichten und Konsensberichte werden demnächst

auf der Webseite der EFP aufgeschaltet.

Die Webseite der EFP enthält in dem der Öffentlichkeit zugänglichen Teil nunmehr zahlreiche für die Patienteninformation bestimmte Videos, insbesondere den Themen Zahnhygiene, parodontalen Erkrankungen, Parodontalbehandlungen und Zahnimplantate.

Es ist Ihnen vielleicht schon bekannt, dass die EFP gegenwärtig intensive Lobbyingbemühungen bei der Europäischen Union unternimmt, um die Anerkennung der Parodontologie als eigenes Fachgebiet zu erreichen. Diese Anerkennung wird zweifelsohne in der Zukunft eine positive Auswirkung auf die parodontale Gesundheit in den Mitgliedstaaten der EU haben. Infolge der bilateralen Abkommen werden die Folgen für die Schweiz hingegen weniger erfreulich sein. Insofern das Weiterbildungsreglement in der Schweiz strenger ist als dasjenige der EFP, könnte die Ausbildung zum Facharzt in der Schweiz für angehende Parodontologen im Vergleich zu den Ausbildungsbedingungen in den anderen Ländern Europas diskriminierend sein, wenn wir vermeiden wollen, Abschlüsse von den qualitativen Anforderungen in unseren vier schweizerischen Ausbildungszentren machen zu müssen. Der Vorstand wird die Situation weiterhin aufmerksam verfolgen.

Um einiges erfreulicher ist die Schlussbilanz der EuroPerio7 vom letzten Juni in Wien: Sie verzeichnet eine Rekordbeteiligung mit mehr als 7000 Teilnehmern aus der ganzen Welt. Die verschiedenen Beiträge waren durchweg auf einem hohen Niveau angesiedelt. Die Qualität der Organisation war bemerkenswert. Ebenfalls erwähnenswert ist die Rekordbeteiligung der Schweiz – 428 Schweizer haben sich auf die Reise nach Österreich begeben. Besonders erfreulich war auch der hohe Anteil an Referenten aus der Schweiz.

Kein Zweifel, dass die Schweizer, und insbesondere die Mitglieder der SPP, am EuroPerio8, der vom 3. – 6. Juni 2015 in London stattfinden wird, noch zahlreicher vertreten sein werden.

Inzwischen wird im Winter 2014 in Paris ein neuer Kongress der EFP – der erste «EFP Master Clinics» zum Thema «Peri-Implantäre Chirurgie» stattfinden.

Achtung: die Beteiligung ist auf 500 Teilnehmer beschränkt! Die SSP wird Ihnen sobald wie möglich die einschlägigen Informationen und Anmeldeformalitäten mitteilen.

Schliesslich ist es das letzte Mal, dass ich das Vergnügen habe, diese EFP-Rubrik zu bestreiten. Seit unserer letzten Mitgliederversammlung hat Dr. Dominik Hofer meine Nachfolge angetreten. Eine hervorragende Lösung für unsere Gesellschaft, die uns erlauben wird, die bisherigen Kontakte auf internationaler Ebene weiterzuführen und zu verstärken, nachdem unser ehemaliger Präsident während der Jahre seiner Präsidentschaft schon Gelegenheit hatte, diese zu pflegen.

Ich danke Ihnen für das Vertrauen, dass Sie mir all diese Jahre entgegengebracht haben. Dominik Hofer wünsche ich viel Spass in seinem neuen Amt als Vertreter der SSP bei der EFP. Und von Ihnen, liebe SSP-Mitglieder, verabschiede ich mich mit herzlichen Grüßen.

Im Namen des Vorstands

Patrick Brochut
Ehemaliger Vertreter der SSP bei der EFP

ÉDITORIAL

La prévention au service de la géro-parodontologie ?

Les dernières données démographiques le montrent : la structure démographique de notre société est en profonde mutation et très bientôt, nous accueillerons dans nos cabinets et nos cliniques de plus en plus de septuagénaires, d'octogénaires, voire de nonagénaires dont la majorité a conservé une denture intacte ou seulement partiellement édentée. En d'autres termes : au moment de planifier un traitement, nous ne devons pas oublier qu'un patient en parodontologie aujourd'hui âgé de quarante ans ou plus jeune encore doit être en mesure de conserver des dents ou implants fonctionnels pendant encore trente ou quarante ans, voire davantage. Les études de longue durée les plus récentes montrent que la mise en place d'implants chez des patients en parodontologie va de pair avec des risques accrus de complications biologiques (i.e. de péri-implantite), ces complications se concentrant surtout chez les patients ne recevant pas un suivi adéquat de longue durée.

D'un autre côté, les preuves scientifiques montrent clairement qu'il est parfaitement possible de conserver encore longtemps, et même jusque 30 ans, des dents au parodonte compromis, à condition de leur appliquer un traitement parodontal rigoureux et d'assurer un suivi systématique. Même des dents au parodonte massivement dégradé ont pu être traitées avec succès par diverses mesures de régénération et ont pu être maintenues dans un état stable sur plus de 5, voire 10 ans.

On ne saurait manquer d'être frappé par l'association de plus en plus marquée entre la parodontite et diverses maladies chroniques telles que le diabète sucré, l'athérosclérose ou l'arthrite rhumatoïde. La recherche récente nous apprend par ailleurs que les inflammations bucco-dentaires, parmi lesquelles la

parodontite, peuvent influencer le développement de tumeurs malignes de la cavité buccale. En outre, on évoque de plus en plus souvent l'impact de l'alimentation, ou plus précisément d'un régime alimentaire pro-inflammatoire, sur la santé du parodonte. La diététique est donc appelée à jouer un rôle de plus en plus important dans la prise en charge parodontologique.

Quelles sont alors les conclusions qui s'imposent aux cabinets dentaires ? L'avenir sera marqué par un allongement de la prise en charge, par une coopération encore plus étroite avec l'hygiéniste dentaire et les représentants des autres spécialités en médecine humaine. Ce n'est que si nous en tenons compte que nous pourrions durablement maintenir les dents et les implants de nos patients en bonne santé, au moyen de la prévention et si nécessaire de mesures thérapeutiques. Peut-être serons-nous même en mesure de prévenir des atteintes pouvant se répercuter sur l'état de santé général de nos patients.

C'est pourquoi je suis convaincu que dans un avenir point trop lointain, la géro-parodontologie préventive occupera une place de choix dans l'activité de nos cabinets.

Prof. Dr. med. dent., Dr. h.c. Anton Sculean,
M.S., Bern
Président de la SSP depuis 2012

RAPPORT ANNUEL SSP 2012

La production de la nouvelle brochure issue de la collaboration avec la Fondation suisse de cardiologie a été achevée avec succès. Vous l'avez reçue avec la dernière livraison de « ssp actualité ». Depuis sa parution au printemps 2012, 4000 exemplaires en ont déjà été diffusés uniquement par le biais des canaux de distribution de la Fondation. La vérification du vidéoclip correspondant, assurée par la société Pfizer, a pris un peu de retard. Il est par ailleurs prévu de constituer une bibliographie détaillée destinée au corps médical, ainsi qu'un abrégé illustré sur le modèle de ceux réalisés à l'occasion des présentations publiques de la Fondation Implantologie Suisse FIS, que nos membres, et notamment nos médecins-dentistes spécialistes, pourront diffuser dans les cercles de leurs consœurs et confrères. Nous comptons pour cela sur l'engagement de tous les membres de la SSP, afin de diffuser une information sur les liens entre santé bucco-dentaire et médecine générale auprès de nos consœurs et confrères du corps médical. C'est également un service rendu à ceux de nos patients qui pourraient être concernés.

En rapport avec notre thème phare-médecine dentaire et médecine générale -, Andrea Mombelli a organisé le 12 octobre 2012, en collaboration avec la société Sunstar, un colloque international sur le diabète, où la participation était gratuite pour les membres de la SSP.

Le 5 novembre 2011, la SSP avait organisé à Soleure un cours de formation permanente d'un jour à Soleure sur le thème « Where Science meets Clinics ». Andrea Mombelli et notre membre correspondant Denis Kinane avaient monté un programme fort intéressant et de haut niveau. Un ouvrage paru en même temps, réalisé en collaboration avec la maison d'édition Karger de Bâle et traitant des thèmes abordés dans le cours, a pu être distribué gracieusement aux participants. Cette manifestation a rapporté un petit bénéfice à la SSP.

En collaboration avec Cornelia Jäggi, présidente des

Swiss Dental Hygienists, Christoph Ramseier de la Clinique de parodontologie de Bern et Hans-Caspar Hirzel, j'ai organisé à bref délai un cours de perfectionnement d'un jour à l'intention des hygiénistes dentaires. Nous avons prudemment escompté une participation de 60 – 80 personnes et pris de parti d'opter pour une formule plus simple sur le plan de la logistique et de la restauration. Nous avons eu l'heureuse surprise d'accueillir 240 participants à Olten. Qui plus est, jamais nous n'avions aussi bien mangé. Sur le plan financier également, les deux sociétés ont eu le plaisir d'engranger un bénéfice total de CHF 12'000.

J'ai fait le voyage d'Helsinki en compagnie de Patrick Brochut, notre délégué auprès de l'EFPP, pour assister à l'assemblée générale de l'EFPP. Il était notamment intéressant d'entendre parler des efforts faits par les membres de l'EFPP pour obtenir un assouplissement de la règle dite des deux tiers. Dès lors que deux tiers des Etats de l'UE forment des spécialistes en parodontologie reconnus au plan national, ceux-ci doivent bénéficier d'une reconnaissance automatique dans toute l'UE, et du même coup aussi en Suisse, en vertu des accords bilatéraux. Il y a une nouveauté, qui est la revendication de l'EFPP d'obtenir que les spécialités de médecine dentaire reconnues dans au moins un tiers des Etats membres de l'UE figurent dans la liste des spécialités médicales de l'Annexe V, point 5.3.3. de la directive 2005/36/CE. La SSP n'a pas pipé mot dans ce débat. La SSP entend prochainement étudier la question. Mais ne nous faisons aucune illusion : le jour viendra où nous nous retrouverons en Suisse avec une réglementation de la formation postgrade nettement plus stricte que dans tous les autres pays, et où, afin de ne pas discriminer nos consœurs et confrères en Suisse et de ne pas défavoriser notre propre relève, il nous faudra l'aligner sur celle de l'EFPP.

Tant pour l'EFPP que pour la SSP, l'EuroPerio7 de Vienne a été un franc succès. La participation record venue de Suisse (428 participants) est un bel hom-

mage à la qualité du programme du congrès et à sa parfaite organisation. La société Mondial, qui aura à l'avenir la charge d'assurer l'organisation de l'EuroPerio, s'est acquittée de sa tâche avec panache. Beaucoup de choses ont changé pour le mieux par rapport à l'EuroPerio 6 de Stockholm. Personnellement, je constate avec satisfaction que mon rôle tant qu'ambassadeur de la Suisse a produit ses effets. La Suisse était également très bien représentée parmi les orateurs. Le prochain EuroPerio se tiendra à Londres du 3 au 6 juin 2015.

La Fondation Implants Suisse a clôturé avec succès sa deuxième période triennale. Les quatre manifestations publiques organisées dans les grandes agglomérations ont été très bien fréquentées. Les émissions télévisées ont été l'occasion de revenir sur différents sujets. Elles sont désormais accessibles à tous dans une médiathèque et peuvent également être utilisées pour l'instruction des patients. C'était aussi l'occasion pour la SSP de faire efficacement passer son message. Le thème principal de la deuxième émission, diffusée sur le plan national, était même la parodontite et l'hygiène bucco-dentaire. La collaboration avec la FIS nous vaut une plateforme importante pour faire entendre nos propres préoccupations. La SSP à elle seule n'aurait pas les moyens financiers pour mener campagne à une aussi large échelle. Pour sa troisième période triennale, la FIS entend réduire sa voilure budgétaire. La SSP continue de trouver un grand intérêt à ce type de collaboration avec d'autres sociétés spécialisées.

Enfin, je souhaite saisir l'occasion pour remercier tous les membres passés et présents du Comité et de la Commission de formation postgrade, ainsi que Messieurs Duilio et Hirzel pour le soutien qu'ils m'ont prodigué tout au long de mon mandat à la présidence de la SSP. Ces quatre années ont été marquantes et passionnantes, et j'y ai pris beaucoup de plaisir – à telle enseigne que je n'ai pu me retenir de partir en guerre contre toutes sortes de choses dans mes éditoriaux, quitte à peut-être vous faire sourire de temps en temps. C'est avec des sentiments mêlés de plaisir et de regret que je passe maintenant le

témoin à mon successeur, auquel je souhaite bon vent, des idées en abondance et beaucoup de succès. Quant à vous, chers membres, je vous remercie de votre fidélité à l'encontre de la SSP et de nos idéaux. Que le feu du Perio-glow continue de briller dans votre regard.

Tous mes vœux et bonne santé à vous tous et à vos familles, et un grand merci !

Dr. Dominik Hofer
Président de la SSP 2008 – 2012

PROCÈS-VERBAL DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE PARODONTOLOGIE

Vendredi 7 septembre 2012, début : 12h50, au Kursaal de Berne

Le président ouvre la séance et souhaite la bienvenue aux membres. Avec 68 membres titulaires du droit de vote présents, le quorum est atteint.

L'assemblée observe une minute de silence pour honorer la mémoire des quatre membres décédés dans l'année.

1. Approbation du procès-verbal de l'Assemblée générale du 1^{er} septembre 2011

Le procès-verbal est adopté sans modifications, à l'unanimité.

2. Rapport annuel du président, approbation du rapport

Le président donne lecture du rapport annuel. Il évoque la nouvelle brochure (issue de la collaboration avec la Fondation suisse de cardiologie). Depuis la parution de celle-ci au printemps 2012, 4000 exemplaires ont déjà été distribués. La mise au point du clip avec le soutien de la société Pfizer a pris un peu de retard. Il est par ailleurs prévu de constituer une bibliographie détaillée destinée au corps médical ainsi qu'une présentation succincte illustrée que les membres, et notamment les spécialistes, pourront diffuser parmi leurs consœurs et confrères.

Le 12 octobre aura lieu à Genève un symposium international consacré au diabète dans l'optique qui aussi est la nôtre, celle d'une « médecine bucco-dentaire ». La participation est gratuite pour les membres de la SSP.

Le 5 novembre 2011, la SSP a tenu à Soleure un cours de perfectionnement d'un seul jour sur le thème « Where Science Meet Clinics », qui a connu un beau succès. Un cours de perfectionnement d'un jour a été organisé à l'intention des hygiénistes dentaires à Olten par Christoph Ramseier und Hans-Caspar Hirzel en collaboration avec Cornelia Jäggi, présidente des Swiss Dental Hygienists. La participation – 240 personnes – a

dépassé toutes les attentes. Les deux sociétés ont eu la satisfaction de dégager des bénéfices pour un total se montant à CHF 12'000.

Le président, accompagné du délégué de la SSP auprès de l'EFP, Patrick Brochut, a assisté à l'assemblée générale de l'EFP à Helsinki. Certains membres de l'EFP militent en faveur d'un assouplissement de la règle dite « des deux-tiers ». Selon cette dernière, lorsque deux-tiers des Etats membres de l'Union européenne forment des spécialistes en parodontologie reconnus dans leur pays, non seulement tous les Etats membres de l'UE, mais également la Suisse, au titre des accords bilatéraux, sont tenus de les reconnaître. Le débat porte maintenant sur la proposition de ne plus exiger qu'une proportion d'un tiers des Etats membres de l'UE : Il s'en suivrait pour la Suisse que son règlement de la formation postgrade, jusqu'ici beaucoup plus strict, devrait être aligné sur celui de l'EFP afin de ne pas discriminer les collègues sur le plan national et de ne pas préteriter la relève en Suisse.

La SSP et l'EFP étaient unanimes pour considérer que l'EuroPerio7 à Vienne a été un grand succès. La participation record venue de Suisse (428 participants) se passe de commentaire. La Suisse était également fort bien représentée parmi les orateurs. Le prochain EuroPerio aura lieu du 3 au 6 juin 2015 à Londres.

La Fondation Implants Suisse a bouclé avec succès sa deuxième période triennale. Les quatre manifestations publiques organisées dans les grandes villes ont été fréquentées par une assistance nombreuse. Des émissions télévisées ont été l'occasion d'aborder un certain nombre de thèmes – la deuxième, diffusée au niveau national, avait même pour thème principal « La parodontite et l'hygiène bucco-dentaire ». La FIS

poursuivra désormais ses activités avec un budget réduit pour une troisième période triennale. La SSP continue de trouver beaucoup d'intérêt à de telles collaborations avec d'autres sociétés spécialisées.

Enfin, le président remercie cordialement tous les membres, passés et présents, du comité et de la commission de spécialisation, ainsi que les Drs Dulio et Hirzel, pour leur soutien tout au long de sa présidence à la SSP.

Les adieux du président sont marqués par de gros applaudissements. Son rapport annuel est approuvé par acclamation.

3. Comptes annuels, rapport du trésorier (2011/2012)

Le trésorier présente le compte de résultats pour la période du 1.7.2011 jusqu'au 30.6.2012 et résume les différents points. Les comptes clôturent avec des recettes d'environ CHF 172'000 et des dépenses de CHF 201'000. L'exercice sous revue se solde ainsi par un déficit de CHF -29'224. Ce montant dépasse le déficit prévu au budget de CHF -11'900 ; il est notamment imputables aux recettes réalisées à l'occasion des congrès précédents (ISS Berne, Olten et Soleure), inférieures aux montants excomptés. La fortune de la société au 30.6.2012 dépasse nettement les CHF 900'000.

4. Rapport de l'organe de contrôle, décharge donnée au trésorier et au comité

Le rapport des réviseurs a été rédigé par la société fiduciaire Bürcher de Brigue ; son vice-président, Jean-Daniel Bessat, en donne lecture. Conformément à la recommandation des réviseurs, l'assemblée générale approuve à l'unanimité les comptes annuels et donne décharge au trésorier et au comité.

5. Approbation du budget 2012/2013

Le trésorier commente le budget 2012/2013, qui est pratiquement équilibré. Il prévoit CHF 200'000 au titre des recettes et CHF 195'000 au titre des dépenses. Le budget est approuvé à l'unanimité.

6. Rapports des commissions ; approbation desdits rapports

Commission de spécialisation : Gianni Salvi, président de la CS, donne lecture de son rapport.

La CS a pris connaissance d'une proposition du 30 mai 2012 visant à accueillir les responsables des programmes des universités de Bâle et de Zurich. La CS s'est retournée vers le comité pour lui soumettre la proposition. La décision en date du 5 septembre prise par le comité prévoit ce qui suit :

1. Le nombre des membres de la CS passe de 6 à 8 ; en d'autres termes, ces sièges supplémentaires au sein de la CS reviennent aux responsables des programmes des universités de Bâle et de Zurich.
2. A l'avenir, les membres de la commission doivent être médecins-dentistes spécialistes en parodontologie ou responsables de programmes.
3. Les quatre responsables de programmes (ZH, BE, BS, GE) n'ont pas chacun droit à un siège permanent au sein de la commission. Les dispositions du Règlement de la SSP s'appliquent.

Jusqu'au 1^e mars 2012, cinq consœurs et confrères se sont portés candidats pour se présenter à l'examen de spécialité. Les études de cas présentées satisfont aux exigences réglementaires. Suite à la séance de la commission de spécialisation du 11 juin, ils ont été admis à l'examen final. Le 5 septembre, les Drs Regina Alessandri Bieri, Berne, Fabien Décaillet, Genève, Petra Hofmänner, Berne, Dorothee Schär, Berne et Philipp Wick, Genève, ont passé avec succès leurs examens oraux finaux. La proposition est faite de les nommer médecins-dentistes spécialistes en parodontologie.

Le président de la CS remercie le président sortant de la SSP pour la collaboration agréable et constructive et présente tous ses vœux au nouveau président à l'occasion de son entrée en fonction. G. Salvi remercie par ailleurs les membres de la commission pour leur soutien efficace.

Le rapport est approuvé à l'unanimité.

EFP : le Dr P. Brochut, délégué de la SSP auprès de l'EFP, renvoie au rapport du président (point 2).

Il n'y a aucune nouveauté importante à rapporter par ailleurs. Le président prend congé du Dr Brochut et le remercie du travail accompli de nombreuses années durant en tant que délégué auprès de l'EFPP. Le comité nomme, pour lui succéder, le président sortant, D. Hofer.

7. Elections et réélections

Le mandat du président, D. Hofer, prend fin avec la présente assemblée. Le comité propose, pour lui succéder, A. Sculean, directeur de la clinique de parodontologie des Cliniques de médecine dentaire de l'université de Berne. A. Sculean est élu à l'unanimité ; il accepte son élection et remercie l'assemblée de la confiance dont celle-ci lui témoigne.

D. Hofer prend congé du Dr Marcel Iff, membre du comité, qu'il remercie de son grand engagement. Le comité propose, pour lui succéder, le Dr Christoph Rieder, qui a effectué ses études à Bâle et a un cabinet privé à Coire. Celui-ci est à son tour élu à l'unanimité, par acclamation, et accepte son élection.

H. Jambrec, Genève, voit proroger son mandat de trésorier pour une nouvelle année. R. Weiger se voit lui aussi confirmé à l'unanimité dans sa fonction de secrétaire pour une nouvelle année.

8. Membres

Les demandes d'adhésion de 17 consœurs et confrères sont approuvées à l'unanimité. La SSP enregistre quatorze départs et quatre décès (Bernhard Gerber, Ostermundigen ; Rupert Hug, Nussbaumen ; Hermann Rabner, Zürich ; Prof. Hubert E. Schroeder, Opfikon, membre d'honneur.

9. Nominations et distinctions

Néant.

10. Propositions des membres et du comité

L'assemblée est saisie de la proposition de R. Weiger et A. Sculean visant à soutenir et à promouvoir des projets de recherche en parodontologie menés auprès des quatre cliniques universitaires de médecine dentaire. La proposition prévoit le

versement d'une contribution de CHF 20'000 au responsable du projet. Le comité avait déjà salué et approuvé cette proposition. Une majorité de l'assemblée adopte la proposition, avec deux voix contraires et trois abstentions.

La Fondation Implants Suisse poursuit son travail en réduisant quelque peu sa voilure. 90% des frais généraux sont financés par l'industrie. La proposition porte sur la participation de la SSP pendant la période triennale à venir à raison d'une contribution annuelle de CHF 25'000. La proposition est approuvée à l'unanimité. A. Mombelli continuera de représenter la SSP au sein du Conseil de la Fondation. La SSP se verra restituer la part qui lui revient des recettes excédentaires réalisées par les Congrès de la FIS.

12. Lieu et date du 43^e Congrès annuel 2013

Le 43^e Congrès annuel de la SSP se déroulera désormais sur deux jours pleins, de jeudi 5.9.2013 à vendredi 6.9.2013 à Fribourg.

13. Divers

A. Mombelli attire l'attention sur le symposium international et interdisciplinaire sur le diabète qui se tiendra le 12 octobre à Genève. La participation y est gratuite pour les membres de la SSP.

L'assemblée est close à 13h35

Berne, 7 septembre 2012

Roland Weiger
(secrétaire SSP)

LES BACTÉRIÉMIES LORS DU TRAITEMENT D'UNE PARODONTITE

Philipp Sahrman & Patrick R. Schmidlin, Université de Zurich

La bactériémie se définit comme le passage transitoire ou la dissémination de bactéries dans le sang, phénomène fréquent au cours d'un traitement parodontal. En présence d'un système immunitaire intact et dans des conditions physiologiques, les bactéries n'ont pas la possibilité de s'installer durablement dans le flux sanguin ou dans les organes, et ont tôt fait d'être éliminées par le système réticulo-histocytaire et les cellules immunocompétentes^[1]. En revanche, chez les patients particulièrement fragiles, il existe, outre le risque d'une septicémie, celui de la colonisation bactérienne et d'une inflammation des surfaces implantaires et péri-implantaires^[2]. Des complications de cette nature peuvent en principe engager le pronostic vital et nécessiter l'ablation des tissus ou matériaux concernés. Lors du traitement d'une parodontite, des agents pathogènes, *l'aggregatibacter actinomycetemcomitans* et *l'eikenella corrodens*, participent au processus inflammatoire et, en tant que germes du groupe HACEK, jouent un rôle-clé dans l'apparition d'une endocardite infectieuse^[3]. A quoi s'ajoute le *porphyromonas gingivalis*, qui joue un rôle important dans le processus inflammatoire de l'athérosclérose carotidienne^[4,5]. C'est ainsi que, sans faire partie des groupes à risques classiques, certains patients sont touchés par les suites de bactériémies d'origine parodontale.

De ce fait, la protection ciblée et efficace des patients présentant un risque accru revêt une importance considérable dans la pratique en parodontologie, et elle influence la succession des mesures thérapeutiques.

Les causes d'une bactériémie d'origine buccale

Puissamment irrigué et situé à proximité immédiate de la flore bactérienne orale en général et du biofilm recouvrant les surfaces dentaires en particulier, le parodonte marginal apparaît comme un lieu de moindre résistance pour la pénétration bactérienne dans l'organisme. Dans les tissus sulculaires enflammés, du fait de la réponse immunitaire phy-

siologique, les capillaires deviennent non seulement perméables pour la pénétration ciblée des cellules immunocompétentes de l'organisme telles que les macrophages et les cellules plasmiques, mais elles deviennent de façon générale plus exposées à des traumatismes tels qu'ils sont fréquents à se produire pendant le traitement dentaire. Dès lors que l'intégrité des vaisseaux est compromise et que surviennent des hémorragies, il y a également, en direction inverse, des bactéries qui sont transportées par le biais de veinules et qui pénètrent dans la circulation sanguine centrale^[6].

Des bactériémies peuvent ainsi survenir à l'occasion de n'importe quelle étape d'un examen ou traitement dentaire dès lors qu'il y a hémorragie, et ce même dès le premier rendez-vous, à l'occasion du premier examen parodontal (PGU). Cependant les lésions tissulaires sont beaucoup plus considérables à l'occasion d'une extraction et du nettoyage de surfaces radiculaires sous-gingivales : chez des patients atteints d'une parodontite sévère, on compte que la surface totale des plaies peut atteindre 20 cm²^[7]. Lors d'un nettoyage mécanique intensif, au moyen d'instruments souvent tranchants, des tissus parodontaux sous-gingivaux inflammatoires directement en contact avec la surface des dents, une pénétration de germes pathologiques provenant du biofilm à caractère iatrogène est inévitable^[8,9].

Ce qu'il faut savoir, c'est que les bactériémies chez les patients atteints de parodontite ne sont pas seulement d'origine iatrogène : des banales mesures d'hygiène telles que le brossage des dents, le passage du fil dentaire, voire la mastication sont régulièrement à l'origine d'une bactériémie^[10]. Comme l'importance et la composition de ces bactériémies dépend beaucoup de l'âge et de la quantité de plaque présente, il n'est bien sûr pas judicieux de s'abstenir de se brosser les dents par mesure prophylactique^[11]. Au contraire, l'élimination rapide de la pathologie au moyen d'un traitement efficace de la gingivite et de la parodontite est de la plus grande importance^[22].

Patients à risque pour une endocardite : <ol style="list-style-type: none">1. Patients porteurs d'une prothèse valvulaire2. Patients avec antécédents d'endocardite3. Patients à cardiopathies congénitales4. Patients après transplantation cardiaque avec apparition d'une valvulopathie	Directive de la Fondation suisse de cardiologie <i>1 h. avant l'intervention :</i> Amoxicilline 2 g per os ou céfuroxime-axétil 1 g per os ou clindamycine 600 mg per os
Patients exposés au risque d'infection d'une prothèse : <ol style="list-style-type: none">1. Implantation d'une prothèse articulaire durant les 12 derniers mois2. Arthrite rhumatoïde sous immunosuppression ou en combinaison avec d'autres risques tels que le diabète sucré, la nécessité préalable d'un remplacement de prothèse...3. Hémophilie	Selon l'appréciation de l'opérateur <i>(d'entente avec le spécialiste de médecine interne)</i> <i>1 h. avant l'intervention</i> amox/clav (Augmentin®) 2 g per os ou clindamycine 600 mg per os <i>et</i> 4 h. après l'intervention amox/clav (Augmentin®) 1 g per os ou clindamycine 600 mg per os

Tab. 1

Recommandations pour la prophylaxie par des antibiotiques contre les affections inflammatoires subséquentes à une bactériémie provoquée par une intervention dentaire

D'après : [15,22]

Patients à haut risque

Une bactériémie passagère ne représente pas une menace pour un organisme en bonne santé. La concentration de bactéries vivantes circulant dans les vaisseaux centraux atteint un pic environ 3-5 minutes après la dissémination bactérienne. Quelques minutes plus tard, la charge bactérienne retombe de nouveau massivement et au bout d'une heure au plus tard, on n'arrive plus à mettre en évidence de bactéries vivantes^[6, 12]. L'incidence des bactériémies d'origine iatrogène en provenance des cabinets dentaires sur la santé générale et le risque de maladies inflammatoires chroniques du système cardiovasculaire, même s'il est en principe considéré comme minime^[13], n'en demeure pas même significatif ne serait-ce que pour des raisons médico-légales. Il en est tout autrement en présence de patients présentant des cardiopathies modifiant l'hémodynamique cardiaque et chez les patients porteurs d'une prothèse valvulaire : les bactéries sont susceptibles d'adhérer aux parois dans des zones à faible débit ou au tissu amorphe d'une prothèse valvulaire, puis proliférer et avoir un effet inflammatoire au niveau du muscle cardiaque (endocardite). Les patients avec des antécédents d'endocardite ou chez qui s'est manifestée une dysfonction valvulaire après une transplantation cardiaque (Tab. 1) sont particuliè-

rement exposés. Le traitement immunosuppresseur nécessaire après une greffe d'organe de même que la présence d'une endoprothèse ont été des décennies durant également considérés comme une indication pour des mesures de protection particulières. La American Heart Association, lors de la révision de ses directives suite à de nouveaux éléments de preuves cliniques,^[14] ne considère plus comme souhaitable qu'une partie importante de ce groupe de patients soit soumis à un traitement médicamenteux

**Fig. 1**

Toute manipulation de la gencive occasionnant une hémorragie est susceptible de provoquer une bactériémie pouvant être mise en évidence quelques minutes plus tard dans le flux sanguin central : germes vivants extraits d'échantillons de sang pouvant être mis en culture et différenciés dans des conditions de laboratoire.

> LES BACTÉRIÉMIES LORS DU TRAITEMENT D'UNE PARODONTITE

	Eau	PVP-Iodée	
Flore cutanée	Staphylocoques à coagulase négative	••	•
	<i>Propionibacterium sp.</i>	•	••••
Flore pathogène orale	<i>Porphyromonas gingivalis</i>	•	
	<i>Fusobacterium nucleatum</i>	•	
	<i>Fusobacterium sp.</i>	•	
	<i>Prevotella intermedia</i>	•	
	<i>Prevotella sp.</i>	•	
	<i>Peptostreptococcus micros</i>	••	
	<i>Peptostreptococcus sp.</i>	••	
	<i>Actinomyces odontolyticus</i>	••	
	<i>Actinomyces sp.</i>	•	•
	Streptocoque viridans	•	
	<i>Streptococcus anginosus</i>	•	
	Spores gram-positifs	•	

Tab. 2 D'après : [15,22]
Germes pouvant être mis en évidence dans le flux sanguin central 3 minutes après un surfaçage radiculaire mécanique précédé d'un rinçage à l'eau (groupe témoin) ou la povidone iodée (10 %). Les germes qui sont des germes classiques de l'épiderme soupçonnés d'avoir contaminé l'échantillon au moment du prélèvement sont surlignés en gris.

systémique spécifique^[15]. Alors que d'aucun craignaient que cet assouplissement des directives soit suivi d'une recrudescence d'endocardites inflammatoires, rien de tel n'a été observé jusqu'ici^[16].

Prévention des bactériémies

Selon les directives actuellement en vigueur^[15], le recours à des mesures de protection spéciales, avec l'administration d'aminopénicilline par voie orale, n'est en principe recommandé qu'en présence de patient présentant un risque *cardiovasculaire* élevé (tab. 1). Le but est d'anéantir des bactéries déjà entrées dans la circulation sanguine et d'en empêcher la prolifération. Le traitement antibiotique comporte cependant des faiblesses et des risques significatifs. D'une part, le nombre d'antibiothérapies fait en principe augmenter le risque de formation de résistances bactériennes. D'un autre côté, il convient de ne pas sous-estimer le risque de choc anaphylactique dû

à une allergie ou allergisation^[17,18]. Par ailleurs, la pénétration de la bactérie en tant que telle n'est nullement influencée par le traitement : des microorganismes vivants commencent par pénétrer sans mal dans le corps, et provoquent, outre le risque d'infection, une augmentation rapide de paramètres inflammatoires déclenchée pour l'essentiel par les lipopolysaccharides présents dans les membranes des germes le plus souvent gram-négatifs. Il a par ailleurs été prouvé qu'il n'est pas assuré du tout que l'antibiothérapie élimine de façon sûre et complète la bactériémie^[19].

Dès les années 1990, certains préconisaient de rincer les poches à la povidone iodée avant d'intervenir sur le parodonte, même si l'AHA le déconseillait étant donné la faiblesse des éléments de preuve^[20]. La povidone iodée est un antiseptique à spectre d'action extrêmement large dépourvue du risque de provoquer des résistances. Un rinçage peut effectivement faire baisser la charge bactérienne avant même d'entamer le nettoyage mécanique et avant qu'il puisse y avoir dissémination de microorganismes.

A l'université de Zurich, nous menons actuellement une recherche en collaboration avec l'Institut de microbiologie pour établir dans quelle mesure cet acte thérapeutique simple permet de réduire, sur le plan quantitatif et qualitatif, la survenue de bactériémies à l'occasion de la thérapie parodontale initiale. Les résultats des essais préalables effectués jusqu'ici, confirmés par les résultats d'études portant sur des patients souffrant de gingivite^[21], sont extrêmement prometteurs (tab. 2), mais méritent d'être encore vérifiés dans le cadre de l'étude en cours.

Références :

- [1] Wood WBJ, Smith MR, Berry JW Perry WD. Studies on the cellular immunology of acute bacteremia. *Trans Assoc Am Physicians* 1951 ;64 :155-9
- [2] Tornero E, Garcia-Oltra E, Garcia-Ramiro S et al. Prosthetic joint infections due to *Staphylococcus aureus* and coagulase-negative staphylococci. *Int J Artif Organs* 2012 ;0
- [3] Lampe AS, Schroijen MA Smith SJ. [Endocarditis due to *Aggregatibacter* (formerly : *Actinobacillus*) *actinomycetemcomitans*, a bacterium that grows in characteristic star-shaped colonies]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008 ;152 :827-30
- [4] Yakob M, Soder B, Meurman JH, Jogestrand T, Nowak J Soder PO. *Prevotella nigrescens* and *Porphyromonas gingivalis* are associated with signs of carotid atherosclerosis in subjects with and without periodontitis. *J Periodontol Res* 2011 ;46 :749-55
- [5] Hayashi C, Viereck J, Hua N et al. *Porphyromonas gingivalis* accelerates inflammatory atherosclerosis in the innominate artery of ApoE deficient mice. *Atherosclerosis* 2011 ;215 :52-9
- [6] Parahitiyawa NB, Jin LJ, Leung WK, Yam WC Samaranyake LP. Microbiology of odontogenic bacteremia : beyond endocarditis. *Clin Microbiol Rev* 2009 ;22 :46-64, Table of Contents
- [7] Loos BG. Systemic effects of periodontitis. *Ann R Australas Coll Dent Surg* 2006 ;18 :27-9
- [8] Maharaj B, Coovadia Y Vayej AC. An investigation of the frequency of bacteraemia following dental extraction, tooth brushing and chewing. *Cardiovasc J Afr* 2012 ;23 :340-4
- [9] Zhang W, Daly CG, Mitchell D Curtis B. Incidence and magnitude of bacteraemia caused by flossing and by scaling and root planing. *J Clin Periodontol* 2012
- [10] Forner L, Larsen T, Kilian M Holmstrup P. Incidence of bacteremia after chewing, tooth brushing and scaling in individuals with periodontal inflammation. *J Clin Periodontol* 2006 ;33 :401-7
- [11] Lockhart PB, Brennan MT, Thornhill M et al. Poor oral hygiene as a risk factor for infective endocarditis-related bacteremia. *J Am Dent Assoc* 2009 ;140 :1238-44
- [12] Tomas I, Alvarez M, Limeres J, Potel C, Medina J Diz P. Prevalence, duration and aetiology of bacteraemia following dental extractions. *Oral Dis* 2007 ;13 :56-62
- [13] Steckelberg JM Wilson WR. Risk factors for infective endocarditis. *Infect Dis Clin North Am* 1993 ;7 :9-19
- [14] Baddour LM, Bettmann MA, Bolger AF et al. Nonvalvular cardiovascular device-related infections. *Circulation* 2003 ;108 :2015-31
- [15] Wilson W, Taubert KA, Gewitz M et al. Prevention of infective endocarditis : guidelines from the American Heart Association : a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *J Am Dent Assoc* 2008 ;139 Suppl :3S-24S
- [16] Desimone DC, Tleyjeh IM, Correa de Sa DD et al. Incidence of infective endocarditis caused by viridans group streptococci before and after publication of the 2007 American Heart Association's endocarditis prevention guidelines. *Circulation* 2012 ;126 :60-4
- [17] Antunez C, Martin E, Cornejo-Garcia JA et al. Immediate hypersensitivity reactions to penicillins and other betalactams. *Curr Pharm Des* 2006 ;12 :3327-33
- [18] Kunz AN Brook I. Emerging resistant Gram-negative aerobic bacilli in hospital-acquired infections. *Chemotherapy* 2010 ;56 :492-500
- [19] Durack DT, Kaplan EL Bisno AL. Apparent failures of endocarditis prophylaxis. Analysis of 52 cases submitted to a national registry. *JAMA* 1983 ;250 :2318-22
- [20] Dajani AS, Taubert KA, Wilson W et al. Prevention of bacterial endocarditis : recommendations by the American Heart Association. *J Am Dent Assoc* 1997 ;128 :1142-51
- [21] Cherry M, Daly CG, Mitchell D Highfield J. Effect of rinsing with povidone-iodine on bacteraemia due to scaling : a randomized-controlled trial. *J Clin Periodontol* 2007 ;34 :148-55
- [22] Rossi M, Zimmerli W, Zanetti G, Mühlemann K Täuber MG. Antibiotika zur Prophylaxe von Gelenkprothesen Schweizerische Ärztezeitung 2004 ;85 :2083-7

PRIX ORAL-B-DÉCERNÉ POUR DES PRÉSENTATIONS CLINIQUES

sous l'égide de la SSP

Le prix Oral-B sera une fois de plus décerné en 2013. Ce prix, généreusement doté de CHF 5'000 par la société Oral-B, vient couronner des présentations de cas relevant de la parodontologie, Il s'adresse aux médecins-dentistes et aux hygiénistes dentaires exerçant en Suisse. Le règlement et le détail des conditions de participation sont consultables sur notre site www.parodontologie.ch sous Prix Oral-B.

A l'occasion du Congrès 2012 de la SSP à Berne, le prix Oral-B 2012 a été décerné au Dr. med. dent. Mauro Amato, Clinique de parodontologie, endodontologie et cariology, Cliniques universitaires de médecine dentaire, Bâle, et Dr. med. dent. Oliver Laugisch, Clinique de parodontologie, ZMK, Université de Berne, pour leurs présentations de cas cliniques. La SSP présente ses cordiales félicitations aux lauréats et publie les cas cliniques dans le présent numéro.

THÉRAPIE PARODONTALE ET RÉHABILITATION ORTHODONTIQUE CHEZ UNE PATIENTE ATTEINTE DE PARODONTITE CHRONIQUE SÉVÈRE

Dr. med. dent. Mauro Amato, Clinique de parodontologie, endodontie et cariology, Cliniques universitaires de médecine dentaire, Hebelstr. 3, 4056 Bâle

Le présent travail porte sur le traitement parodontal et sur la réhabilitation orthodontique d'une patiente souffrant d'une parodontite chronique généralisée. Madame C.W. s'est présentée pour la première fois aux Cliniques universitaires de médecine dentaire de Bâle en été 2008. Comme, après un traitement parodontal étiologique, les valeurs de sondage restaient élevées, plusieurs procédures chirurgicales ont été entreprises pour rétablir une situation parodontale stable.

Anamnèse

Situation et anamnèse sociale

Madame C.W., âgée de 55 ans, mariée, est employée de commerce de profession. Pas d'antécédents familiaux particuliers.

Anamnèse médicale

C.W. ne fume pas, ne suit pas de traitement médicamenteux, et ne présente aucun problème médical.

Anamnèse dentaire

La patiente est suivie de près par son dentiste depuis des années. Elle vient consulter pour un deuxième avis concernant une esthétique insatisfaisante de la partie antérieure de la mandibule (ill. 1).



III. 1
Photographie clinique du 16.08.2008

Résultats

Extraoral

La situation extraorale ne présente pas de particularités.

Intraoral

Madame C.W. présente une dentition sans lacunes

et une hygiène bucco-dentaire suboptimale (PI 37 %, BOP 2 %). Suite à une agénésie, il manque la dent 23.

Dentaire

Certaines dents ont reçu une restauration conservatrice. La partie antérieure de la mandibule présente un encombrement dentaire marqué.

Parodontal (ill. 2)

On constate une perte d'attache généralisée. Un saignement au sondage et des valeurs de sondage élevées étaient quasiment omniprésents. Des atteintes de furcation s'observent dans les régions postérieures.

Radiologique (ill. 3)

Les résultats sont les suivants :

1. Pertes osseuses horizontales généralisées
2. Défauts osseux verticaux localisés aux dents 22, 35, 32 et 42
3. Radiotransparence au niveau de la furcation de la dent 46

Diagnostics

Le diagnostic conclut à une suspicion de parodontite chronique généralisée^[1].

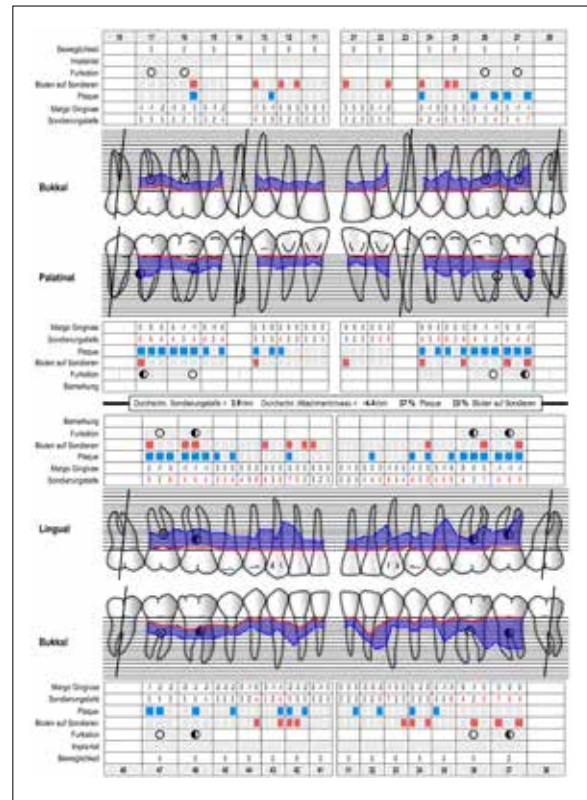
Plan de traitement

Souhait de la patiente

Elle souhaite conserver un maximum de dents, faire soigner sa parodontite et éliminer l'encombrement des dents antérieures de la mandibule.

Plan de traitement

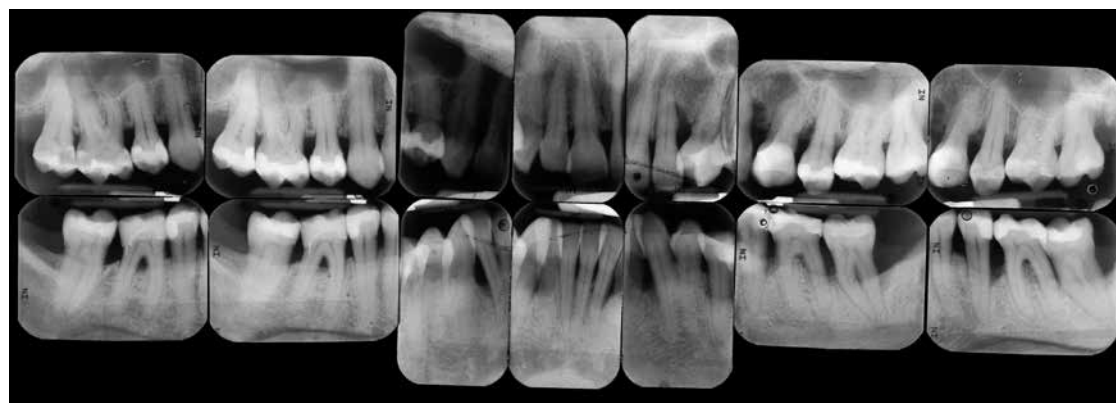
1. Instruction d'hygiène, nettoyage professionnel ; diagnostic complet, dentaire, parodontal, radiologique ; information de la patiente et traite-

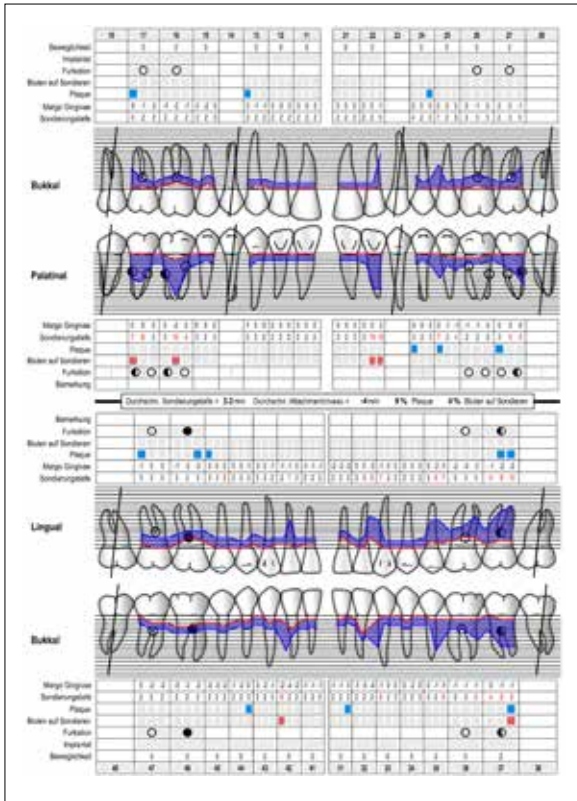


III. 2
Résultat de l'examen parodontal initial 16.08.2008

2. Détartrage/surfaçage radiculaire sous anesthésie locale par quadrants
3. Réévaluation au bout de trois mois et décision en faveur d'un traitement parodontal chirurgical avec extraction des dents 27 et 37 au bout de six mois
4. Thérapie de maintien tous les trois mois
5. Traitement orthodontique une fois la situation parodontale stabilisée

III. 3
Radiographies initiales
du 07.08.2008



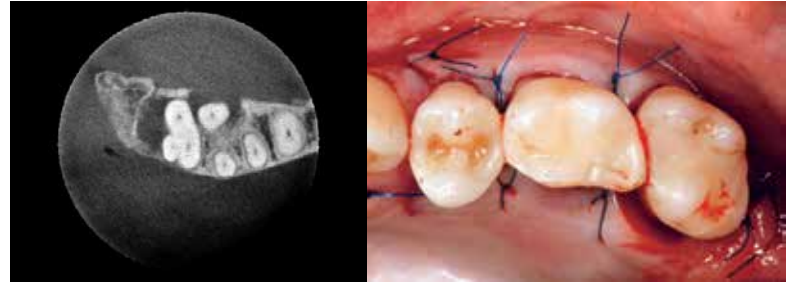


III. 4

Status parodontal six mois (05.03.2009)
après le traitement non-chirurgical.

Étapes du traitement

Après l'instruction d'hygiène et l'obtention d'un bon contrôle de la plaque supragingivale (PI 9%, BOP 1%), le traitement non chirurgical de la parodontite est réalisé quadrant par quadrant sous anesthésie locale, à l'aide d'instruments manuels et aux ultrasons. Après un recall trois et six mois plus tard, on constate une amélioration des résultats parodontaux, de même qu'un recul des paramètres inflammatoires (BOP et profondeur de sondage). Malgré la consolidation obtenue, les valeurs de sondage restent élevées localement (ill. 4). Il apparaît que les dents 27 et 37 ne méritent pas d'être conservées (profondeur de sondage >7 mm, atteinte de furcation, degré de mobilité dentaire >2, valeur fonctionnelle secondaire). Elles sont avulsées. Des interventions chirurgicales sont programmées aux sites où la profondeur au sondage est ≥ 6 mm.



III. 5

a) Cliché axial DVT des dents 17, 16 et 15 – suite à l'importante perte d'attache au niveau de la racine palatine de la dent 16, une amputation radiculaire est programmée, ainsi qu'un distal wedge de la dent 17,

b) Situation postopératoire après élimination de la racine palatine

La première molaire mandibulaire droite présente une furcation traversant (degré 3) avec des profondeurs de sondage localement élevées et saignant au sondage. Une intervention à lambeau à repositionnement apical dans le but d'une tunnélisation a été entreprise. La furcation est désormais accessible à l'hygiène (...) au moyen d'une brossette interdentaire et de l'application alternée de chlorhexidine et de gel fluoruré.

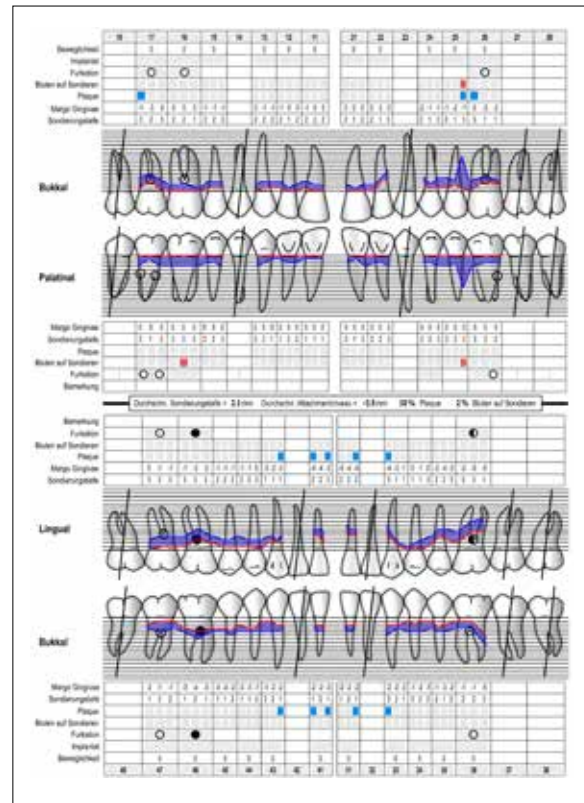
Au niveau du premier quadrant, une autre intervention chirurgicale (...) est planifiée, visant à amputer la racine palatine de la dent 16, ainsi qu'un distal wedge 17.^[2] Avant l'intervention, la dent 16 a reçu un traitement radiculaire et une obturation provisoire en amalgame. Après avoir effectué une incision marginale, procédé au débridement et exposé le défaut, on a amputé la racine palatine. La furcation entre la racine mésio-buccale et la racine disto-vestibulaire



III. 6
a) vue intraopératoire d'un défaut vertical à trois parois au niveau de la dent 22,
b) fermeture hermétique de la plaie à l'aide d'un lambeau de préservation papillaire



III. 7
a) fermeture par première intention de la plaie après extraction des dents 32 et 42 et application de protéines de la matrice amélaire,
b) contention orthodontique en place durant six mois depuis l'intervention chirurgicale



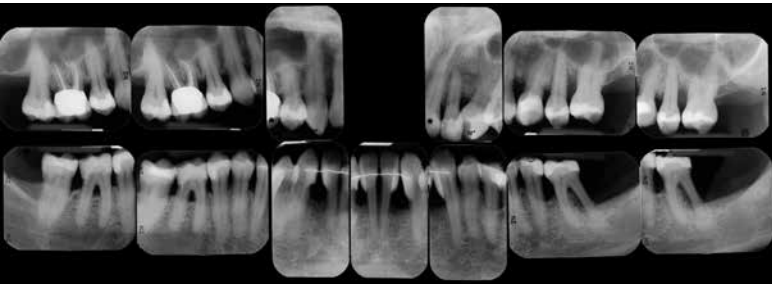
III. 8
Status parodontal du 05.04.2012

n'était pas traversant. Après une cicatrisation sans problèmes, la dent a reçu sa restauration définitive, une couronne céramo-métallique (ill. 5).

Etant donné l'existence de plusieurs défauts osseux verticaux localisés dans le deuxième (dents 22 et 25) et le troisième quadrant (dent 35), des interventions chirurgicales sont alors effectuées, combinées avec l'application de protéines de la matrice amélaire (dent 25) et de matériau de comblement (...) synthétique (Emdogain Plus) (dents 22, 35). Des défauts présentaient trois parois. La technique du lambeau de préservation papillaire permet d'obtenir une fermeture hermétique de la plaie et de maintenir l'esthétique des parties molles (ill. 6).

Dans la partie antérieure de la mandibule, l'encombrement rend l'hygiène très difficile. Distale 32 et

42, on observe des valeurs de sondage élevées persistantes. La planification ultérieure est établie en concertation avec la Clinique d'orthodontie et de pédodontie des Cliniques dentaires universitaires. [5] Dans une première étape, après avoir élevé un lambeau muco-périoste, les dents 32 et 42 sont extraites avec précaution. Les défauts verticaux au niveau des dents 33 et 43 sont traités avec des protéines de la matrice amélaire, suivie d'une fermeture du lambeau par première intention. Pendant la phase de cicatrisation de six mois, un remplacement provisoire est réalisé pour combler la dent manquante au niveau de la partie antérieure de la mandibule. Puis l'orthodontie prend la relève pour niveler l'arcade inférieure au moyen d'appareils fixes. La réhabilitation esthétique définitive intervient après ce traitement. Le résultat visé est obtenu au moyen de petites obturations au composite proximales (ill. 7).



III. 9
Status radiographique du 05.04.2012

Epicrise et discussion

La parodontite chronique généralisée en cause ici a été prise en charge par un traitement parodontal multidisciplinaire. Le résultat est esthétiquement convaincant.

Les interventions chirurgicales ont été effectuées après évaluation du traitement non chirurgical. Viennent en premier les mesures résectives, qui concernent les dents pluriradiculées. Des mesures de régénération sont réservées aux dents monoradiculées présentant des défauts localisés à trois parois.

La chirurgie parodontale résective a permis d'éliminer efficacement les poches et d'améliorer l'accès en vue de l'hygiène bucco-dentaire, notamment au niveau des atteintes de furcation [1]. D'un autre côté, la chirurgie parodontale régénérative a produit de très bons résultats cliniques lorsque certaines condi-



III. 10
Clichés cliniques du 05.04.2012

tions morphologiques étaient réunies. L'acceptation par la patiente a également été excellente [3]. Cette approche combinée entre traitement conservateur et chirurgical a permis de stopper la progression de la perte d'attache. Madame C.W. est très coopérante et disciplinée dans le respect des recalls trimestriels. Le succès est au rendez-vous, avec un parodonte resté en bonne santé depuis plus d'un an (ill. 8, 9 et 10)

Distalement par rapport à la dent 25, le cinquième recall révèle pour la première fois une profondeur de sondage accrue de 9 mm ainsi que, sur la radiographie, un défaut vertical. La lésion reçoit une thérapeutique étiologique (détartrage/surfaçage radiculaire). La lésion est sous surveillance lors de séances de recall, en vue, le cas échéant, d'une prise en charge chirurgicale lors d'une éventuelle dégradation. Voilà qui souligne que le traitement parodontal n'est pas la fin de la prise en charge parodontale mais que le suivi doit se poursuivre durant toute la vie [4].

Dans le cas présent, les exigences sur le plan biologique, fonctionnel et esthétiques ont pu être satisfaites, avec, à la clé, une amélioration de la qualité de vie de la patiente.

Références

- [1] Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol.* 1999 ;4 :1-6.
- [2] Walter C, Weiger R, Zitzmann NU. Periodontal surgery in furcation-involved maxillary molars revisited — an introduction of guidelines for comprehensive treatment. *Clin Oral Investig.* 2011 ;15 :9-20.
- [3] Cortellini P, Tonetti MS. Minimally invasive surgical technique and enamel matrix derivative in intra-bony defects. I : clinical outcomes and morbidity. *J Clin Periodontol.* 2007 ;34 :1082-1088.
- [4] Fardal O, Linden GJ. Re-treatment profiles during long-term maintenance therapy in a periodontal practice in Norway. *J Clin Periodontol.* 2005 ;32 :744-9.
- [5] Boyer S, Fontanel F, Danan M, Olivier M, Bouter D, Brion M. Severe periodontitis and orthodontics : evaluation of long-term results. *Int Orthod.* 2011 ;9 :259-73.

TRAITEMENT D'UNE PARODONTITE CHRONIQUE GÉNÉRALISÉE AVEC ATTEINTE DE FURCATION

Dr. med. dent. Oliver Laugisch, Clinique de parodontologie des Cliniques de médecine dentaire de l'Université Berne

Anamnèse

Anamnèse sociale et souhait principal

Madame M.A., 67 ans, est mariée et retraitée. La patiente a été adressée par son dentiste à la Clinique de parodontologie de Berne en 2012. Son souhait principal est de faire traiter sa parodontite en conservant un maximum de dents et de retrouver une fonction masticatoire convenable.

Anamnèse générale

La patiente s'est fait poser une prothèse de la hanche en 2007. Pour le reste, Madame M.A. jouit d'une bonne santé générale et ne prend pas de médicaments. Elle a cessé de fumer en 2000. Auparavant, elle fumait 20 cigarettes par jour.

Anamnèse dentaire

Madame M.A. voit régulièrement son dentiste généraliste pour un contrôle et un détartrage annuels. Au moment de l'examen, la patiente se plaignait de tassement alimentaire, de migration des dents et d'une mobilité dentaire accrue.

Analyses et résultats

Extraoral

Rien à signaler

Intra-oral

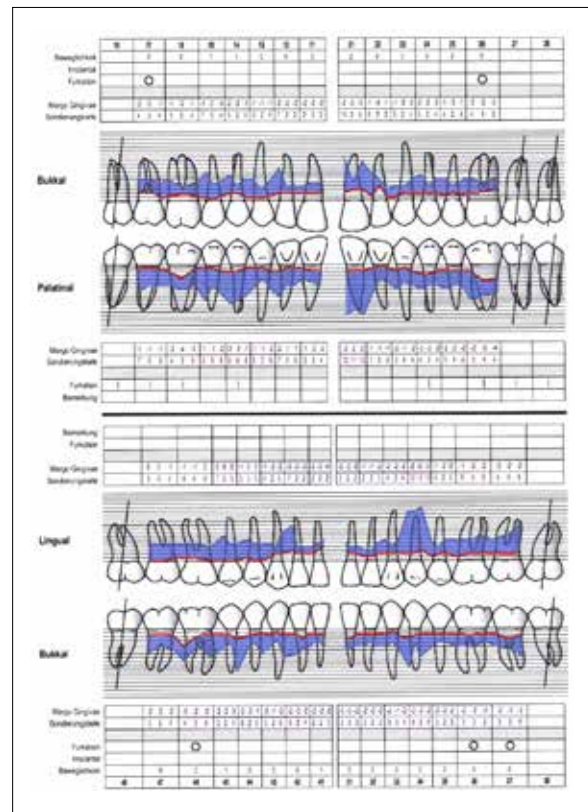
Au niveau de la dent 47, tatouage à l'amalgame du côté lingual.

Dentaire

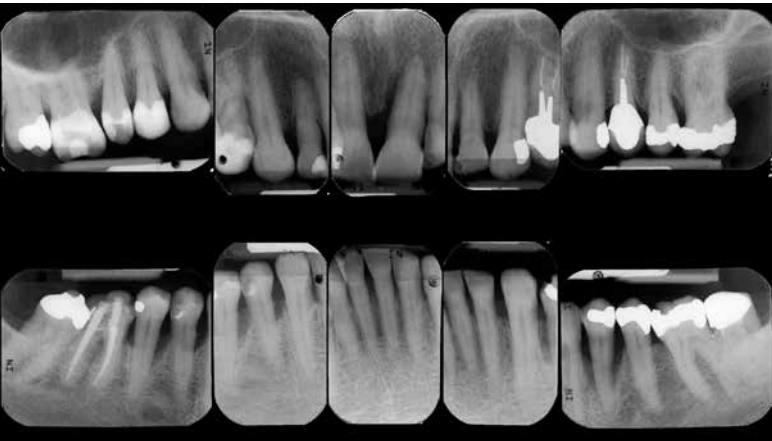
Les traitements conservateur et endodontique paraissent être convenables. La dent 27 a été extraite en 2002 suite à un échec endodontique. A l'examen initial, toutes les dents à l'exception de la dent 24, dévitalisée, sont CO₂-positives. Les dents antérieures et les prémolaires présentent des abrasions ; cependant aucun signe de contacts prématurés. (Ill. 1)



III. 1
Status photographique intraoral à l'examen initial



III. 2
Status parodontal à l'examen initial



III. 3
Status radiologique à l'examen initial

Parodontal

Des valeurs de sondage élevées atteignant jusqu'à 12 mm (...) dans tous les quadrants. Les dents 17, 26, 37, 36 et 46 présentent des atteintes de furcation de degré 1. Mobilité accrue de degré I des dents 15, 14, 41 et 45 et de degré II des dents 21, 25 et 34. Sur le plan de l'hygiène bucco-dentaire, l'examen initial révèle un indice de plaque (PI) à 44 %. Le saignement au sondage (BOP) s'élève à 43 %. (III. 2)

Radiologique

Le status radiologique fait apparaître une perte osseuse horizontale généralisée combinée avec des résorptions verticales localisées. Des zones d'ombre signalant la présence de tartre sous-gingival s'observent notamment au niveau des dents 21, 34, 44 et 45. (III. 3)



III. 4
Absès parodontal à la dent 21 et thérapie qui s'impose



III. 5
Thérapie chirurgicale pour tous les quadrants

Diagnostic

Parodontite chronique généralisée avancée avec atteintes de furcations^[1].

Plan de traitement

Phase systémique

Concertation avec le médecin de premier recours et l'orthopédiste.

Phase d'hygiène

Instruction, motivation. Détartrage en profondeur et surfaçage radiculaire dans les quatre quadrants sous anesthésie locale et le cas échéant sous antibiotiques (prothèse de la hanche).

Phase chirurgicale

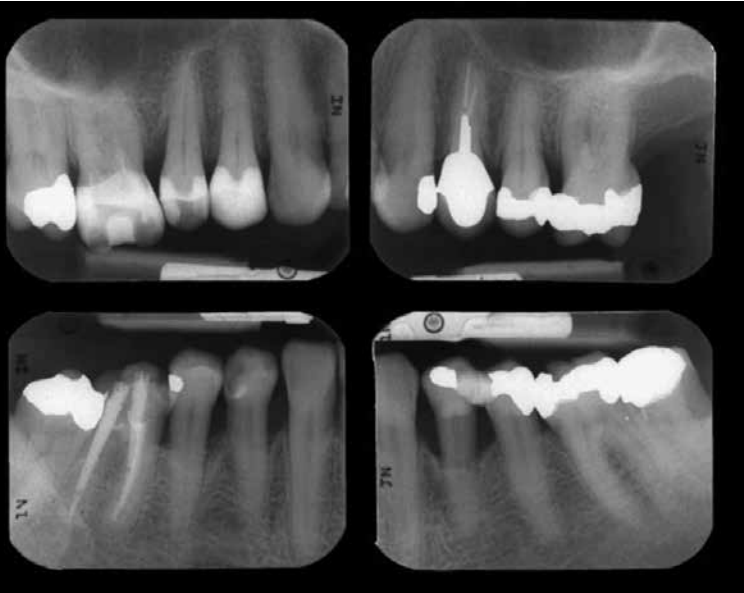
Chirurgie parodontale combinée avec une régénération osseuse au niveau des défauts verticaux localisés dans les quatre quadrants.

Phase de recall

Tous les trois mois.

Phase de reconstruction

Si les dents 21 et 34 ne peuvent être conservées, elles devront être remplacées. Étant donné le non-parallélisme des dents 21 et 22, l'option d'un pont doit être examinée étant donné le risque de perte de vitalité. Le volume osseux dans les régions 21 et 34 doit par ailleurs être évalué dans l'éventualité de la mise en place d'un implant. C'est pourquoi un pont collé ou un implant semblent indiqués pour 21 et un pont conventionnel ou un implant pour 34.



III. 6
Radiographies des dents ayant reçu un traitement régénératif

Déroulement du traitement

Phase systémique

Il n'est pas nécessaire de prendre de précautions. Une protection antibiotique à cause de la prothèse de la hanche ne s'impose pas.

Phase d'hygiène

Instruction et motivation du patient ; puis détartrage et surfaçage radiculaire. En termes d'hygiène

bucco-dentaire, l'objectif est de faire reculer l'indice de plaque à moins de 20%. On enregistre ici des valeurs de 2% et 1%.

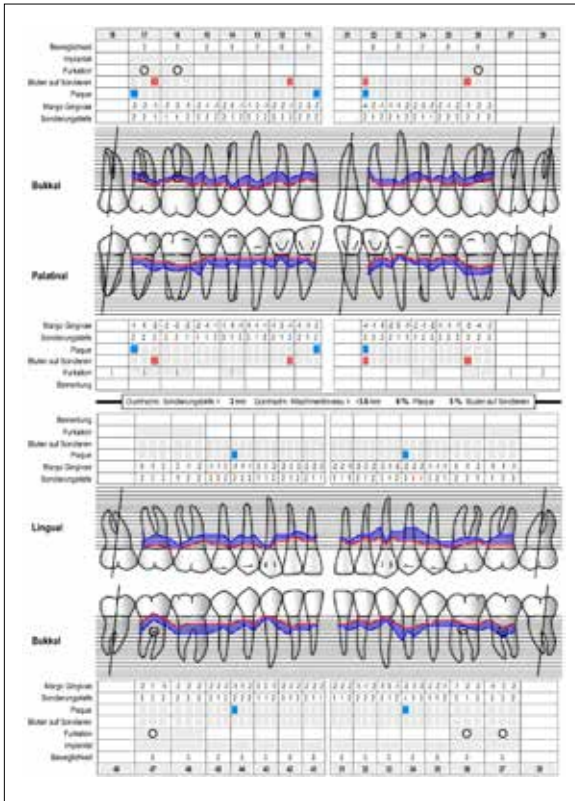
La décision est prise d'extraire la dent 21 étant donné la présence d'un abcès parodontal avec dévitalisation et d'une mobilité aggravée de degré 3 (III. 4). Le détartrage sous-gingival est effectué sous anesthésie locale ; mise en place d'un provisoire en Valplast. Après la phase d'hygiène, l'indice de plaque est à 7% et le saignement au sondage s'élève à 9%. Toutes les poches de ≥ 4 mm de profondeurs sont instrumentées une nouvelle fois.

Phase chirurgicale (III. 5)

- Intervention à lambeau 33-35 et attelle en composite après mordançage ; lambeau de préservation papillaire simplifié (SPPF)^[2], élimination du tissu de granulation, détartrage et surfaçage radiculaire, conditionnement radiculaire pendant 2 min. à l'EDTA et application du dérivé de la matrice amélaire en combinaison avec un matériau de comblement d'origine bovine dans les lésions osseuses à deux et trois parois. Suture hermétique selon la technique Gottlow-Laurell^[3].
- Intervention à lambeau 43-46 : attelle au niveau des espaces interdentaires, SPPF, élimination du tissu de granulation, détartrage et surfaçage radiculaire, et application du dérivé de matrice amélaire en combinaison avec un matériau de comblement d'origine bovine dans les lésions osseuses à 2 et 3 parois. Suture hermétique selon la technique Gottlow-Laurell.
- Opération à lambeau 25-26 : attelle au niveau des espaces interdentaires, SPPF, élimination du tissu de granulation, détartrage et surfaçage radiculaire, conditionnement radiculaire et application du dérivé de matrice amélaire en combinaison avec un matériau de comblement d'origine bovine dans les lésions osseuses à 3 parois et très étroites. Suture hermétique selon la technique Gottlow-Laurell.
- Opération à lambeau 14-16 : attelle au niveau des espaces interdentaires, SPPF, élimination du tissu de granulation, détartrage et surfaçage radiculaire, conditionnement radiculaire et appli-



III. 7
Status photographique intraoral à l'examen final



III. 8
Status parodontal lors de la réévaluation après la chirurgie



III. 9
Pont collé dent 21

cation du dérivé de matrice amélaire en présence de lésions osseuses à trois paroi et très étroites. Suture hermétique selon la technique Gottrow-Laurell.

Lors de la réévaluation suivant l'intervention chirurgicale, on constate une amélioration manifeste de la situation parodontale (Ill. 6 & 7). La mobilité dentaire retrouve un niveau physiologique. Il reste quatre sites dont la profondeur de sondage atteint 4 mm au maximum. Les indices d'hygiène bucco-dentaire sont : PI 5 % et BoP 4 % (Ill. 8).

Phase de recall

L'analyse du risque parodontal^[4] conclut à un risque parodontal moyen. La périodicité du recall recommandée pour cette catégorie est de 4 à 6 mois.

Phase de reconstruction

Etant donné le déficit osseux oro-vestibulaire important dans la lacune interdentaire 21, la mise en place d'un implant ne se conçoit pas sans des mesures d'augmentation osseuse importantes en traitement préalable. Il existe par ailleurs un risque de dévitalisation des piliers, dont l'alignement est peu parallèle, en cas d'un pont 11-x-22. Après une phase de planification détaillée et après discussion avec la patiente, nous optons pour la construction d'un pont collé 11x (Ill. 9).

Discussion

Le cas présenté concerne le traitement d'une parodontite généralisée chronique avancée avec atteinte de furcations. Après avoir optimisé l'hygiène bucco-dentaire, on a procédé au détartrage et surfaçage radiculaire. Comme il est attesté que des poches résiduelles de ≥ 6 mm^[5] et des défauts verticaux^[6] constituent un risque de perte d'attache ultérieure, ces situations ont été traitées dans la phase chirurgicale.

Etant donné la configuration des défauts osseux verticaux, des techniques régénératives s'imposent^[7]. Des études montrent que l'utilisation de protéines de la matrice amélaire^[8], ainsi que de protéines de la matrice amélaire associées à des substituts osseux de provenance bovine^[9] permettent d'obtenir une régénération du desmodonte, de l'os et du ciment que l'histologie humaine permet de mettre

en évidence. La combinaison de ces techniques et du lambeaux de préservation papillaire permet par ailleurs d'obtenir un gain d'attache supplémentaire et donc de réduire encore davantage la profondeur des poches que si on se contente d'intervenir à l'aide de lambeaux de préservation papillaire seuls^[10]. La réduction de la mobilité des dents obtenue grâce à la pose d'attelles avant les interventions régénératives est de nature à améliorer encore davantage le résultat de la chirurgie^[11].

Les radiographies permettent d'identifier une reminéralisation des défauts verticaux, qui pourrait être un signe de régénération.

Lors de la réévaluation intervenue après la chirurgie, il ne reste plus que quatre poches de 4 mm ; le PI était de 5 % et le BOP de 4 %. Ces résultats correspondent à la note A+ des lignes directrices relatives à la qualité de la SSO. Si le patient respecte ensuite une excellente hygiène bucco-dentaire et la périodicité du recall^[12], le pronostic à long terme est également favorable pour les molaires avec des atteintes de furcation 1^[13].

Références

- [1] Armitage, G.C., *Development of a classification system for periodontal diseases and conditions*. Ann Periodontol, 1999. **4**(1) : p. 1-6.
- [2] Cortellini, P., G.P. Prato, and M.S. Tonetti, *The simplified papilla preservation flap. A novel surgical approach for the management of soft tissues in regenerative procedures*. Int J Periodontics Restorative Dent, 1999. **19**(6) : p. 589-99.
- [3] Gottlow, J., et al., *Guided tissue regeneration using a bioresorbable matrix barrier*. Pract Periodontics Aesthet Dent, 1994. **6**(2) : p. 71-8 ; quiz 80.
- [4] Lang, N.P. and M.S. Tonetti, *Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT)*. Oral Health Prev Dent, 2003. **1**(1) : p. 7-16.
- [5] Matulienė, G., et al., *Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss : results after 11 years of maintenance*. J Clin Periodontol, 2008. **35**(8) : p. 685-95.
- [6] Papapanou, P.N. and J.L. Wennstrom, *The angular bony defect as indicator of further alveolar bone loss*. J Clin Periodontol, 1991. **18**(5) : p. 317-22.
- [7] Cortellini, P., A. Labriola, and M.S. Tonetti, *Regenerative periodontal therapy in intrabony defects : state of the art*. Minerva Stomatol, 2007. **56**(10) : p. 519-39.
- [8] Sculean, A., et al., *Healing of human intrabony defects following treatment with enamel matrix proteins or guided tissue regeneration*. J Periodontol Res, 1999. **34**(6) : p. 310-22.
- [9] Sculean, A., et al., *Five-year clinical and histologic results following treatment of human intrabony defects with an enamel matrix derivative combined with a natural bone mineral*. Int J Periodontics Restorative Dent, 2008. **28**(2) : p. 153-61.
- [10] Tonetti, M.S., et al., *Enamel matrix proteins in the regenerative therapy of deep intrabony defects*. J Clin Periodontol, 2002. **29**(4) : p. 317-25.
- [11] Cortellini, P. and M.S. Tonetti, *Evaluation of the effect of tooth vitality on regenerative outcomes in intrabony defects*. J Clin Periodontol, 2001. **28**(7) : p. 672-9.
- [12] Matulienė, G., et al., *Significance of Periodontal Risk Assessment in the recurrence of periodontitis and tooth loss*. J Clin Periodontol. **37**(2) : p. 191-9.
- [13] Hirschfeld, L. and B. Wasserman, *A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients*. J Periodontol, 1978. **49**(5) : p. 225-37.

NOUVELLES NOMINATIONS EN TANT QUE SPÉCIALISTES EN PARODONTOLOGIE

A l'occasion de l'assemblée générale à Berne, cinq consœurs et confrères se sont vu délivrer le titre de médecin-dentiste spécialiste en parodontologie.

La SSP félicite les candidats qui ont obtenu ce titre et souhaite les présenter brièvement.

Dr. med. dent. Regina Alessandri Bieri



Date de naissance : 16. April 1980

Formation

1987 – 1993 Ecole primaire de Schüpfheim
1993 – 2000 Ecoles cantonales de Schüpfheim et Reussbühl, maturité de type B
2002 – 2005 Etudes de médecine dentaire auprès de l'université de Berne
2005 – 2008 Médecin-dentiste assistant en cabinet privé
2008 Docteur en médecine dentaire

Formation postgrade

2008 – 2011 Etudes de master en parodontologie, Clinique de parodontologie ZMK Université de Berne
2012 Maternité

Dr. med. dent. Dorothee Schär



1998 – 2004 Etudes de médecine dentaire à Munich, Allemagne
2004 – 2006 Médecin-dentiste assistant en cabinet privé, Gersthofen, Allemagne
2006 – 2008 Médecin-dentiste assistant en cabinet privé, Berne, Suisse, auprès de spécialistes en parodontologie (SSP) et médecine dentaire reconstructive (SSRD)
2008 Doctorat sous la direction du Prof. Dr. W. Gernet, Munich « Bruchfestigkeit von Zirkoniumdioxidgerüsten bei unterschiedlichem Präparationsdesign » (La résistance à la fracture d'armatures en dioxyde de zirconium dans divers types de préparations)
2009 – 2011 Médecin assistant en formation postgrade auprès de la Clinique de parodontologie de l'Université de Berne, Suisse
2012 Médecin-dentiste spécialiste en parodontologie SSP
Master of advanced studies in periodontology and implant dentistry EFP
Master of advanced studies in

2012 periodontology and implant dentistry, Université de Berne
Maternité

Dr. med. dent. Décaillet Fabien



Date de naissance : 3 mai 1982

Etudes supérieures

1996 – 2001 Maturité scientifique (type C), Lycée-Collège des Creusets, Sion
2001 – 2007 Etudes de médecine dentaire, Universités de Lausanne et de Genève
Sept. 2007 Diplôme fédéral de médecin-dentiste, Université de Genève
2007 – 2010 Programme de formation postgrade en parodontologie, Université de Genève
Juin 2011 Master d'étude avancées en biologie orale (MAS), Université de Genève
Déc. 2011 Doctorat en médecine dentaire, Université de Genève
Juin 2012 Prix Ernest Métral décerné par la faculté de médecine, Université de Genève
Sept. 2012 Diplôme fédéral de spécialiste en parodontologie

Activité professionnelle

Oct. 2012 Chargé d'enseignement suppléant, Université de Genève
2007 – 2012 Assistant médecin-dentiste, Division de physiopathologie buccale et parodontie, Prof. Andra Mombelli, Université de Genève
Dès 2010 Médecin-dentiste assistant dans un cabinet spécialisé en parodontologie, Dr Patrick Brochut, Vevey

Dr. med. dent. Petra Hofmänner



Date de naissance : 12.05.1965

Formation

Déc. 2006 Doctorat en médecine dentaire
2001 – 2006 Etudes de médecine dentaire à l'Université de Berne
1998 – 2001 Ecole de maturité gymnasiale pour adultes : maturité fédérale de type C
1986 – 1988 Ecole d'hygiénistes dentaires, Zurich
1981 – 1983 Formation d'assistante dentaire

Formation postgrade et formation continue

Sept. 2012 Médecin-dentiste spécialiste en parodontologie SSP, EFP, MAS
2008 – 2011 Programmes de formation postgrade Master of Advanced Studies (MAS) in Periodontology et formation postgrade en parodontologie SSP
depuis 2007 Participation régulière à des congrès nationaux et internationaux en parodontologie
1988 – 2001 Participation régulière aux congrès de l'association professionnelle Swiss Dental Hygienists et de la Société suisse de parodontologie
1994 – 1995 Ecole professionnelle supérieure en gestion d'entreprise HFU Feusi, brevet de formateur

Activités professionnelles

Depuis 2011 Responsable de la filière Hygiéniste dentaire ES, médecin-dentiste membre de la direction médecine Zentrum für medizinische Bildung
2008 – 2011 Médecin-dentiste assistante auprès des Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne,

2006 – 2007	Clinique de parodontologie Médecin-dentiste assistante auprès du Dr med. dent. M. Finger, Interlaken, à 80 %	2005 – 2006	Médecin-dentiste assistant en cabinet privé : Dr. med. dent. Thomas Schlapbach, Uetendorf BE
depuis 2001	Enseignement en médecine dentaire préventive / médecine dentaire générale auprès de l'Ecole d'hygiénistes dentaires Berne	Sept. 2006	Junior Robert Frank Award, 1st Prize pour la présentation du poster « Immunodetection of Bone-Related Proteins in Microcal- cifications of Human Dental Pulp »
2001 – 2007	Temps partiels en tant qu'hygiéniste dentaire dans des cabinets privés	2007 – 2008	Médecin-dentiste assistant / For- mation postgrade auprès de la Clinique de médecine dentaire conservatrice, préventive et de pédodontie (Prof. Dr. med. dent. Adrian Lussi), Université de Berne
1994 – 2001	Formatrice clinique et enseigne- ment de la théorie auprès de l'Ecole d'hygiénistes dentaires, Berne ; depuis 1996 responsable du département Clinique	Déc. 2008	Doctorat en médecine dentaire auprès de l'Université de Berne (Thèse : « Immunodetection of Bone-Related Noncollagenous Proteins in Microcalcifications of Human Dental Pulp » soutenue sous la direction du PD Dr. Dieter D. Bosshardt, Clinique de parodon- tologie, ZMK Berne)
1990 – 1994	Hygiéniste dentaire auprès des Drs Kaelin à Trübbach	2008 – 2012	Assistant médecin-dentiste / for- mation en parodontologie dans Division de Physiopathologie buc- cale et Parodontie (Prof. Dr. med. dent. Andrea Mombelli), Section de médecine dentaire, Université de Genève
1988 – 1990	Hygiéniste dentaire auprès des Drs Attenberger à Buchs et Berweger à Bad Ragaz	Juin 2012	Maîtrise universitaire d'études avancées en biologie orale (Thèse : Anti-apolipoprotein A-1 autoan- tibodies as biomarker for athero- sclerosis burden in patients with periodontitis)
1983 – 1986	Assistante dentaire auprès du Dr Schindler à Buchs	Sept. 2012	Titre fédéral de spécialiste en parodontologie
1981 – 1983	Place d'apprentissage auprès du Dr Schindler à Buchs		
Dr. med. dent. Philipp A. Wick			
MAS in oral biology			
			
	Date de naissance : 25 déc. 1979		
1998	Maturité de type B, Kantonschule am Burggraben, Saint-Gall		
1999 – 2001	Etudes de base en médecine den- taire, Université de Fribourg		
2001 – 2004	Etudes de médecine dentaire, Université de Berne		
Oct. 2004	Examen fédéral de médecine den- taire (diplôme fédéral de médecin- dentiste)		

NOUVELLES DE L'EFPP

Chers Membres de la SSP,

Voici quelques nouvelles concernant l'EFPP (European Federation of Periodontology) :

Nous avons le plaisir de vous informer que le Prof. Maurizio Tonetti a été reconduit pour 3 ans supplémentaires dans ses fonctions d'éditeur en chef du Journal of Clinical Periodontology (JCP), le journal scientifique officiel de l'EFPP et donc de tous nos membres ; il vaut la peine de mentionner que le remarquable travail de M. Tonetti a notamment permis de placer le JCP au premier rang des publications du domaine dentaire. Par ailleurs, des tractations se poursuivent encore, tout particulièrement avec les Sociétés Allemande, Française et Italienne de Parodontologie, ainsi qu'avec l'industrie, pour tenter de vous offrir à nouveau, en allemand, français et italien comme cela avait été le cas pour l'année 2010, un recueil des dernières publications cliniques essentielles parues dans le JCP.

Deux nouvelles sociétés, la Société Serbe de Parodontologie et la Société Roumaine de Parodontologie ont été acceptées, respectivement, comme « membre à part entière » et comme « membre associé » au sein de l'EFPP, et nous leur souhaitons la bienvenue au sein de notre fédération.

En novembre 2011 et sous la houlette du Prof. Mariano Sanz, un nouveau workshop Européen en Parodontologie a eu lieu à Ségovie (Espagne) sur le thème « Méthodologie en Recherche en Implantologie » : les « proceedings » de cet atelier sont à nouveau disponibles en libre accès sur le site Web de l'EFPP dans la partie JCP. Une autre réunion du genre vient d'avoir lieu en novembre dernier, en commun avec l'Association Américaine de Parodontologie (AAP), sur le thème « Parodontologie et Maladies Systémiques » : ce workshop sera suivi en 2013 d'une importante campagne de communication sur

le sujet, et vous trouverez bientôt les différentes revues de la littérature et les rapports de consensus de ce workshop sur le site Web de l'EFPP.

Toujours sur le site Web de l'EFPP, dans la partie accessible au tout public, on trouve désormais de nombreuses vidéos d'information destinées aux patients, notamment sur l'hygiène dentaire, les maladies parodontales, les traitements parodontaux et les implants dentaires.

Comme vous le savez peut-être déjà, l'EFPP exerce actuellement un lobbying pressant auprès de l'Union Européenne afin de faire reconnaître la parodontologie en tant que spécialité : une fois obtenue, cette reconnaissance aura très certainement, dans le futur, un impact positif sur l'amélioration des conditions parodontales dans les pays de l'Union, mais, compte tenu des accords bilatéraux, elle aura probablement des effets moins heureux pour la Suisse : en effet, en raison de notre règlement de spécialisation plus exigeant que celui de l'EFPP, la formation de spécialistes en Suisse pourrait devenir très discriminatoire pour les candidats en formation chez nous par rapport à une formation effectuée ailleurs en Europe, ceci si nous ne souhaitons pas voir diminuer les exigences de qualité de nos 4 centres de formation suisses : une affaire préoccupante que le Comité va suivre de très près.

Beaucoup plus réjouissant est le bilan d'EuroPerio7 en juin dernier à Vienne, avec un nombre record – plus de 7000 participants ! – du monde entier. Les diverses présentations ont été d'un très haut niveau, et l'on relèvera le choix judicieux des infrastructures ainsi que la qualité de l'organisation. On notera également l'excellente participation suisse, puisque 428 Helvètes ont fait le déplacement en Autriche, et l'on se réjouira aussi du nombre important d'orateurs en provenance de notre pays.

Nul doute que les Suisses, et notamment les membres de la SSP, seront encore plus nombreux à participer à EuroPerio8 qui se tiendra à Londres du 3 au 6 juin 2015.

D'ici là, un nouveau congrès de l'EFP, le 1^{er} « EFP Master Clinics », aura lieu à Paris en hiver 2014 sur le thème « Chirurgie Plastique Péri-implantaire ». Attention, il sera limité à 500 participants ! La SSP vous communiquera dès que possible les informations utiles et les modalités d'inscription à ce congrès.

Finalement, c'est la dernière fois que j'ai le plaisir de rédiger cette rubrique concernant l'EFP. En effet, et depuis notre dernière Assemblée Générale, c'est Dominik Hofer qui a repris mon poste, une excellente solution pour notre société puisque cela permettra de poursuivre et renforcer les contacts internationaux qui ont été noués jusqu'à présent et que notre ancien Président a déjà pu entretenir au cours de ses années de présidence.

En vous remerciant donc pour la confiance que vous m'avez accordée toutes ces années et en souhaitant à Dominik Hofer, nouveau représentant de la SSP auprès de l'EFP, beaucoup de plaisir dans sa nouvelle fonction, je vous adresse, Chers Membres de la SSP, mes plus cordiales salutations.

Pour le Comité

Patrick Brochut

Ex-représentant de la SSP auprès de l'EFP



Schweizerische Gesellschaft für Parodontologie
Société Suisse de Parodontologie

Furkastrasse 32 · CH-3900 Brig
www.parodontologie.ch · info@parodontologie.ch